

## 2008 年診療報酬改定に対する要求

### 【 】 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十分なものとはなっていない。

これは、欧米諸国に比べて技術料が全般的に低くおさ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政策の結果である。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。

特に 2006 年のマイナス改定では、リハビリの日数制限や療養病床の削減などによって必要な医療を受けられない事態が生じている。財務省主導によるこれ以上の診療報酬の抑制は、医療現場を荒廃の危機にさらし必要な医療を受けられない「医療難民」を生み出すことになる。

マスコミでも「医療崩壊」を連日のように報道しているが、今日の医療荒廃をもたらした最大の要因は、80 年代以降の政府のあいつぐ医療費抑制、診療報酬マイナス改定にある。

こうした点からも、必要な医療を提供するための医療費を確保するため緊急な対応が必要であり、医療の質を確保するため、私たちは少なくとも 7.25% の診療報酬引き上げを要望するものである。

2008 年の診療報酬改定にあたり、政府・財界が進める公的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望み、下記の要求を掲げるものである。

なお、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。いわゆ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、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。
  - 就学前の子どもの負担を、無料とすること。
  - 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。
  - 高齢者の患者負担は、外来は 1 割定率又は 1 回 500 円（月額 1000 円を上限）で入院は 1 日 700 円とすること。
- (2) ホテルコスト、食事、180 日超入院、日数超リハビリテーションなどを保険給付に戻し、新たな保険給付外しを行わないこと。
- (3) 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の解禁や保険外併用療養費の拡大を行わないこと。保険外併用療養の全てを保険導入の検討対象とすること。

**【 】 2008年度診療報酬改定に対する医科・歯科基本要**

- [ -1] 2008年の診療報酬改定にあたっては、マイナス改定は断固認められない。少なくとも7.25%以上の診療報酬引き上げを行うこと。勤務医の厳しい労働環境の改善を理由に開業医の診療報酬引き下げや労働強化を行わないこと。また、薬価・材料価格にメスを入れ、正当な価格設定に引き下げること。

(理由) 小泉構造改革による診療報酬の引き下げで、必要な医療の提供すら阻害されている。この改善には、本来なら10%を超える大幅な引上げが必要であるが、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3回のマイナス改定(2002年 2.7%、2004年 1.05%、2006年 3.16%)を取り戻すため、 $7.25\% \{100 / (97.3\% \times 98.95\% \times 96.84\%) = 100 / 93.23595 = 1.0725 = 7.25\%$ の引き上げ}以上の引き上げを行うべきである。なお、7.25%引き上げた場合は、総医療費で2兆円程度の拡大となる。日医総研の資料「医療提供体制の国際比較」によれば、2004年度ベースの国民医療費32兆円に、介護保険サービス費、健康・予防にかかわる費用、管理コスト等の9兆円を加えた総医療費は41兆円とされており、2004年度の対GDP比総医療費支出は8%となっている。総医療費で2兆円程度増加すれば8.45%程度になると推計できる。これが実現された場合は、OECD加盟国中21位から16位程度に引きあがる。しかしこれは、2004年度で置き換えた場合であり、毎年伸張しているGDPの2008年度比では、8.45%を大きく下回り、現実には16位程度に引きあがるとは考えられない。これは日本の国力からいっても最低限の要求である。さらに、勤務医の厳しい労働条件を引き合いに出して開業医の診療報酬の引き下げと労働強化を求める改定も検討されているが、絶対に容認できない。

- [ -2] 2006年改定によってもたらされた患者への医療制限、不合理を改善すること。

- (1) リハビリテーション料の日数制限・逓減制を廃止し、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点数を減算することなく、疾患別リハビリテーションの点数が医療保険で算定できるよう給付にすること。
- (2) 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。
- (3) 医療療養病床における医療区分1の診療報酬(入院基本料D・E)を、医師・看護職員をはじめとした人件費や医療提供にかかわる諸経費を保障できるよう(入院基本料C相当)に引き上げること。
- (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。

(理由) リハビリテーションの日数制限や、医療療養病床における医療区分1の低診療報酬設定によって、患者が必要な医療を受けられない事態となっており、早急な改善を要する。

また、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。

また、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。

- [ -3] 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。

(理由) 診療報酬のオンライン請求の義務付けは、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。また、個人情報保護の点からも、患者の立場に立たない医療費削減、医療そのものの総管理という点からも問題がある。さらに、全ての医療機関に義務付けられるが、対応できない医療機関も少なくない。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べきである。

- [ -4] **高齢者の診療報酬を一般患者の診療報酬と区分せず、「人头登録制」等の導入によって必要な医療の提供やフリーアクセスが制限されないようにすること。医療は、個々の患者の状況に基づいて必要に応じて提供するものであり、それを評価する報酬を年齢によって切り分け、別建てとすることに、必然性も根拠もない。**

(理由) 2008年4月からの後期高齢者医療保険制度の導入に伴い、高齢者の診療報酬を一般と区分して包括・定額制中心とし、人头登録制を導入することが検討されている。これ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ほかならない。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。また、厚生労働省が2007年2月8日に発表した「医療評価委員会『論点整理』に対する厚生労働省の考え方」では、「診療報酬体系については、患者にとって分かりやすい医療を提供するという観点から、例えば平成18年診療報酬改定において老人診療報酬点数表を廃止し、医科診療報酬点数表等と一本化するなど、累次の診療報酬改定において、その簡素化を図ってきているところであり、今後も、当該観点からの簡素化には努めていきたいと考えている」としているところであり、まったく説明がつかないものである。

- [ -5] **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。**

(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。

- [ -6] **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、「公的医療保険で賄う範囲の縮小」を行わないこと。**

- (1) **リハビリテーションの日数制限と逡減、180日超入院の保険給付外しなどをやめ、必要な医療の提供が、公的医療保険によって保障できるようにすること。**
- (2) **歯科では、治療の一環として行なわれる歯周病の管理について、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、保険給付の制限は行なわないこと。**
- (3) **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。**

(理由) 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、リハビリの日数制限と逡減、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。

また、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。

- [ -7] **初・再診料を基礎的技術料として十分に評価し、引き上げること。初・再診料等の医科・歯科格差、病診格差、病床数格差を解消すること。外来医療への定額制の導入や包括性の拡大を行わないこと。勤務医の厳しい労働環境の改善を理由に開業医の診療報酬引き下げや労働強化を行わないこと。**

(理由) 基本的技術料である初・再診料の引き上げは優先して実施されるべきものである。医科・歯科、病・診、病床数による点数格差を設けるべきではない。また、勤務医の厳しい労働条件を引き合いに出して開業医の診療報酬の引き下げと労働強化を求める改定も検討されているが、絶対に容認できない。

[ -8] **全ての医療従事者の技術と労働、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。**

(理由) 安全で質の高い保険診療は提供するためにも、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。

[ -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、所謂「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。**

(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。

[ -10] **歯科の指導管理料における一律の文書提供義務化は、撤廃すること。必要によって文書提供を行った場合は、文書作成料としてこれを正当に評価すること。**

(理由) 一律の文書提供については、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を制限してこれまで以上に歯科診療への専念を困難にしている。文書提供が必要で、文書作成を行った場合は、文書作成料としてこれを正当に評価すべきである。

[ -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。**

(理由) 病床規模によって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。

[ -12] **「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。**

(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。

[ -13] **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。**

(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。

[ -14] **特定入院料等を算定する患者が、入院の契機となった疾病以外の疾病治療のため、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。**

(理由) 入院の契機となった疾患以外の疾患であって、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。

[ -15] **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。**

(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。

[ -16] **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。**

(理由) 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。

[ -17] **検証部会の結果等で通常の改定期でない時期に、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、「財政中立」を前提とせず、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。**

(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、逡減制が導入され、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、このままでは必要なりハビリテーションの提供が困難になっている。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。

**[ -18 ] 2008年診療報酬改定にあたっては、中医協公聴会の開催、改定意見募集をさらに広げること。**

(理由) 2006年改定では、中医協公聴会を開催し改定意見の募集を行うなど、診療報酬改定に向けた改善が図られた。しかし、第一回目ということもあり、公聴会は横浜での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。2008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、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。

**[ -19 ] 診療報酬改定にあたっては、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。2006年改定時には、かつてない多くのミスや訂正もれが実施直後から指摘されたにもかかわらず、半年後ようやく訂正・追加通知が発出され、点数表の追補版まで出版されるなど、医療現場に大きな混乱をもたらした。きわめてずさんな実施となった責任を明確にし、再びこのようなことが繰り返されないよう措置すること。**

(理由) 2006年改定では、4月から改定される内容が3月下旬～4月に入らなければ判明せず、しかも誤りが多く、通知の訂正や疑義解釈が乱発され、医療の現場に大混乱をもたらした。ここ十数年、改定のたびにこうしたことが繰り返され、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。



## [ ] 2008年度診療報酬改定に対する具体的要求(医科要求)

### 1 医科診療報酬点数表全般を通じての要求

- [ -1-(1) ] 医師の技術と労働を適正に評価するとともに、看護師・薬剤師・放射線技師・栄養士・理学療法士、作業療法士・言語聴覚士、臨床検査技師、精神保健福祉士、MSW、臨床心理士、事務職員、クランクなどの技術と労働・人件費を適正に評価すること。

**要求理由**：安全で質の高い保険診療が提供できるだけの医療従事者が確保できるよう、人件費を診療報酬で適正に評価すべきである。

- [ -1-(2) ] 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)や診療録、検査データ、フィルムなどの保管、管理費、保険請求にかかわる費用等、治療を実施する上で発生する間接的な維持・管理の費用を保障すること。

**要求理由**：外来における療養環境管理費や保険請求にかかわる費用等を含め、医療提供に関するすべての費用が診療報酬で保障される必要がある。

- [ -1-(3) ] 「外来看護料」を新設し、外来の看護職員の人件費を保障できるようにすること。

**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。

- [ -1-(4) ] 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、「材料・薬剤損耗管理費」「医療廃棄物処理委託費」を新設し、それぞれの費用が保障できるようにすること。

**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、「材料・薬剤損耗管理費」「医療廃棄物処理委託費」は、個々の患者への医療提供によって発生することから、個々の患者への医療提供にあわせて請求できるようにすべきである。

### 2 医科診療報酬点数表に沿っての個別要求

#### ... 初・再診料 ...

- [ -2-(1) ] 初診料(A000)、再診料(A001)、外来診療料(A002)

診療の基本的費用である初・再診料等の引き下げは絶対に行わず、初・再診料等を基本的技術料として十分に評価し、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。外来医療への定額制の導入や包括性の拡大を行わないこと。勤務医の厳しい労働環境の改善を理由に開業医の診療報酬引き下げや労働強化を行わないこと。

**要求理由**：基本的技術料である、初・再診料の引き上げは優先して実施されるべきものである。病診・病床数による点数格差を設けるべきではない。勤務医の厳しい労働条件を引き合いに出して開業医の診療報酬の引き下げと労働強化を求める改定も検討されているが、絶対に容認できない。

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。

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(初診が行われた診療科は、通常の初診料)の算定を認めること。

**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、最初内科に受診し、必要があり眼科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。また、初診については135点ではなく、通常の初診料の算定を認めること。

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に対する評価を行うべきである。

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。

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。

#### [ -2-(2) ] 外来管理加算(A002への加算)

外来管理加算を引き上げ、病診格差をなくして一般と老人を同一点数とすること。

**要求理由**：一般と老人、病院と診療所による格差をなくすべきである。

検査の実施の有無にかかわらず、外来管理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、計画的医学管理を行った場合に算定するものであり、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。

#### [ -2-(3) ] 療養相談加算(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、子供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。

#### ... 医学管理等 ...

#### [ -2-(4) ] 医学管理等の全体に係るもの

医学管理等は、それぞれ独立した医療行為に対する点数として、併算定できるようにすること。

**要求理由**：必要があって複数以上の医学管理を行なう場合は、さらに知識と技術を要するものであり、併算定できないのは不合理である。

初診の日に確定診断がつき、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**：初診の日に算定ができないのは不合理である。

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。

#### [ -2-(5) ] 特定疾患療養管理料(B000)

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

**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、疾病の重症化をおさえることになる。

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。

**要求理由**：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。

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月間は算定できない取り扱いは不合理である。

#### [ -2-(6) ] 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。

#### [ -2-(7) ] 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( )については年齢制限を撤廃し、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。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。

#### [ -2-(8) ] 小児科外来診療料(B001-2)

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-(9) ] 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、6歳未満児程度まで拡大すべきである。

#### [ -2-(10) ] 生活習慣病管理料(B001-3)

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。

生活習慣病管理料について、老人保健法の規定による医療を受けている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。

#### [ -2-(11) ] ニコチン依存症管理料(B001-3-2)

ニコチン依存症管理料の施設基準を廃止し、どの医療機関においてもニコチン依存症管理を実施できるようにすること。また、ブリンクマン係数 200 以下についても対象者とする。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**：ニコチン依存症管理料について社会保険事務局に届け出なければならない理由はなく、かつ、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。また、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。もっとも問題な年少者などの広げ同日再診や診療情報提供料は、別途算定できるようにすべきであり、高額な検査や処置、薬剤については、出来高算定ができるようにしなければ、逆ザヤになってしまい、必要な医療の提供が困難になる。

#### [ -2-(12) ] 診療情報提供料(B009~B011-2)

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なえない専門的な検査を行なうにあたり、診療情報提供書による患者紹介の必要があるため。

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。

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は不合理。

介護老人保健施設の訪問リハビリテーションに対する指示を行った場合に、診療情報提供料が算定できるようにすること。

**要求理由**：介護老人保健施設の訪問リハビリテーションに対する指示の費用が算定できないのは、おかしい。

診療情報提供料( )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。

#### [ -2-(13) ] 地域連携診療計画退院時指導料(B005-3)

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する場合でも算定を認めること。

**要求理由**：当該点数は、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画（地域連携クリティカルパス）を作成した医療連携体制を評価して設けられたものであり、回復期リハビリテーション病棟においても算定できるようにすべきである。

#### [ -2-(14) ] 指導料の新設

患者や家族から社会生活上の問題や心理的な不安などの相談があり、医師が 15 分以上対応した場合の点数を新設すること。

**要求理由**：社会生活上の問題や心理的な不安などに対する相談は、専門的知識と時間を要するものであり、一定時間がかかる相談に応じた場合の点数を設定すべき。

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。

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。

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。

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、これら进行评估すべきである。

### ... 在宅医療 ...

#### [ -2-(15) ] 在宅医療に係る全般的事項

「往診料、訪問診療料、訪問看護・指導料、訪問リハビリテーション料、訪問薬剤管理指導料、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一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。

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。

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**：皮膚欠損用創傷被覆材は、在宅医療の部の特定保険医療材料としても規定し、在宅寝たきり患者処置指導管理に使用できるようにするなど、対応をすべきである。

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。

療養病棟入院基本料・特定入院料算定患者であっても、退院時における在宅療養指導管理料とその材料加算の算定を認めること。

**要求理由**：療養病棟入院基本料・特定入院料算定患者であっても、投薬の退院時処方における薬剤料の算定は認められている。退院後の在宅療養にかかわる指導と材料給付についても、投薬と同様に退院時の指導と材料給付の評価をすべきである。

「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。

**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。

#### [ -2-(16) ] 往診料(C000)

往診料を引き上げるとともに、往診料に休日加算を新設し、在宅療養支援診療所以外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。

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。

**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。

往診料に、休日加算を新設すること。

#### [ -2-(17) ] **在宅患者訪問診療料(C001)**

訪問診療料を引き上げること。

**要求理由**：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。

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。

居住系施設（居宅）において、1回の訪問で2人以上の患者に訪問診療を行う場合の訪問診療料を新設し、患者ごとに算定できるようにすること。

**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、点数を新設して、患者1人1人に算定できるようにすること。

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。

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。

#### [ -2-(18) ] **在宅時医学総合管理料(C002)**

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。

在宅療養支援診療所以外の医療機関についても、特定施設入居者に対して算定ができるようにすること。

**要求理由**：在宅療養支援診療所のみ算定を限るべきではない。

#### [ -2-(19) ] **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。

#### [ -2-(20) ] **在宅患者訪問看護・指導料(C005)**

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**：必要があって実施した皮下・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。

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。

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。

「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」「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の対象疾患を加えるべきである。

#### [ -2-(21) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料(C005-2)

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。

**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。

#### [ -2-(22) 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箇所に指示をしても1回しか認めないのは不合理である。

#### [ -2-(23) 在宅自己注射指導管理料(C101)

在宅自己注射指導管理料の血糖自己測定指導加算を独立させて在宅血糖自己測定指導料を新設すること。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**：糖尿病患者は生活様式の変化によって生活習慣病として増加している。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、測定回数差による点数幅が、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。

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。

「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。

[ -2-(24) ] 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、栄養セット加算は算定できないのは不合理である。

[ -2-(25) ] 在宅自己導尿指導管理料(C106)

在宅自己導尿指導管理料算定時に使用する間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル以外のカテーテルの算定を認めること。

**要求理由**：材料は別に算定すべきである。

... 検査 ...

[ -2-(26) ] 検体検査

HbA1c、グリコアルブミン、1,5AG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か月の平均血糖値で、グリコアルブミンは採血前2週間の平均血糖値、1.5AGは血糖の増減に対する応答が1日以内、と臨床的意義がことなるため、これに応じて認めるべきである。

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。

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。

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。

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。

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多大な手間を要するのに27点は低すぎる。

必要があっ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**：必要があって実施した検査の費用は、算定できるようにするべき。

「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。

[ -2-(27) ] 生体検査

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。

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。

D219 ノンストレステストは入院中以外の患者にも、1週間につき1回算定可能にすること。

**要求理由**：胎児性仮死（潜在性を含む）の診断は、入院して行なうものだけでは不十分である。通院中にも仮死を疑って実施している現状だから、実状に合致した取り扱いとすること。

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。

肛門鏡検査を新設すること。

**要求理由**：直腸癌の発見等に必要である。

網膜神経線維層解析検査を新設すること。

**要求理由**：緑内障の診断、治療経過、進行の程度判定に大変有用であり、かつ再現性ある。

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。

「24時間自由行動下血圧測定」「家庭血圧測定指導管理料」を新設すること。

**要求理由**：自由行動下血圧および家庭血圧は、外来随時血圧より予後予測能が高く、脳心血管合併症の発症を減らすことが期待される。

小児食物アレルギー負荷検査を外来でも算定できるようにすること。

**要求理由**：外来でも、十分に留意した上でアレルギー負荷検査を認めるべき。

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**：必要があっ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。

## [ -2-(28) ] 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 ...

## [ -2-(29) ] 画像診断

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。

透視下での手術・処置の場合、補助手段として行な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。

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。

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。

### ...投薬...

#### [ -2-(30) ] 調剤料(F000)

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。

院内処方を行な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**：薬剤師が行なう技術は同等に評価すべきである。

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。

#### [ -2-(31) ] 処方料(F100)

多剤投与の場合の処方料、処方箋料、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。

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。

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。

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なった都度、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。

#### [ -2-(32) ] 薬剤料(F200)

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。

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ブル破損など、保管・損耗経費が必要である。

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。

薬価は、1円未満の端数をやめ、1円単位にすること。

**要求理由**：例えば、フルナーゼ点鼻液 1,153.40円/Vは、1回に1本を処方するケースがほとんどであり、端数をつける意味がない。

#### [ -2-(33) ] 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...

#### [ -2-(34) ] 注射料

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。

**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は、別に算定できるべきである。

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。

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。

### ... リハビリテーション ...

#### [ -2-(35) ] リハビリテーション料の全般的事項

リハビリテーション料の日数制限・逡減制を廃止し、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、点数を減算することなく、疾患別リハビリテーションの点数が医療保険で算定できるよう給付にすること。

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。

集団療法を評価する点数を新設(復活)すること。

介護保険と医療保険の給付調整の通知をもとにもどし、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。

疾患別診療報酬体系を見直し、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。

**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。

#### [ -2-(36) ] 摂食機能療法(H004)

摂食機能療法の算定制限(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わないこと。

**要求理由**：算定制限を行うべきではない。

#### [ -2-(37) ] 障害児(者)リハビリテーション料(H005)

障害児(者)リハビリテーション料の届出は、人員基準と施設基準を満たしていれば、どの医療機関でも届出ができるようにすること。算定対象も、肢体不自由児施設等の入所・通所者に限らないこと。

**要求理由**：届出ができる医療機関を「肢体不自由児施設及び重度障害児施設又は国立高度専門医療センター及び国立病院機構の設置する医療機関であって、厚生労働大臣の指定する医療機関に限られる」とし、これらの施設の入所者又は通所者が算定対象患者とする理由はまったくなく、障害児（者）リハビリテーションを必要とする患者がリハビリテーションを受けられるようにすべきである。

### … 精神科専門療法 …

#### [ -2-(38) ] 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。

#### [ -2-(39) ] 精神科専門療法の新設

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。

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。

主治医が居宅に赴いて行なう通院精神療法と同等の療法を行った場合の評価を「在宅精神療法」として新設し、訪問診療料等にあわせて算定できるようにすること。

**要求理由**：在宅において、通院精神療法と同様の治療を行なう必要があっても現在は評価されていない。今後、在宅における患者への療法を評価することは重要である

#### [ -2-(40) ] 通院精神療法( I 0 0 2 )

通院精神療法を引き上げ、病院と診療所の格差をなくし、回数制限を撤廃すること。

**要求理由**：必要に応じて通院精神療法を実施できるようにすべき。

初診時における精神保健指定医と非指定医の点数格差を撤廃し、非指定医であっても精神保健指定医の点数を算定できるようにすること。

**要求理由**：精神保健指定医と非指定医に点数格差を設ける必要がない。

#### [ -2-(41) ] 標準型精神分析療法( I 0 0 3 )

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。

#### [ -2-(42) ] 心身医学療法( I 0 0 4 )

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。

#### [ -2-(43) ] 精神科デイケア、ナイトケア、デイナイトケア( I 0 0 9 ~ I 0 1 0 - 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。

[ -2-(44)] **精神科訪問看護・指導料( I 0 1 2 )**

精神科訪問看護・指導料( ) ( ) について、週3回(退院後3ヵ月以内は週5回)の算定制限を撤廃し、必要に応じて訪問看護・指導が行えるようにすること。

**要求理由**：精神障害者(精神疾患患者)は他の疾病患者に比べても容態の変化が激しく、それにより頻回訪問が必要な場合があるため。

... **処置** ...

[ -2-(45)] **処置に係る全般的事項**

外来管理加算よりも低い処置点数を無くし、全ての処置点数を外来管理加算よりも高くすること。

**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。

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。

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。

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なわないこと。

**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。

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。

[ -2-(46)] **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。

[ -2-(47)] **老人処置(J022-2)、老人精神病棟等処置料(J001-6)**

J001-5老人処置 J001-6老人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。

[ -2-(48)] **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。

[ -2-(49)] **人工腎臓(J038)**

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。

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。

人工腎臓の食事加算を復活すること。

**要求理由**：人工腎臓実施者の食事は、医療提供の一環として給付されるべきである。

[ -2-(50) ] **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**：必要があっ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。

[ -2-(51) ] **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。

[ -2-(52) ] **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。

[ -2-(53) ] **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。

[ -2-(54) ] **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が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。

[ -2-(55) ] **処置料の新設**

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。

... 手術 ...

[ -2-(56) ] **手術に係る全般的事項**

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**：社会保険事務局等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。

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是不合理である。

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**：必要があって実施した手術料が算定できないのは、不合理である。

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。

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。

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。

#### [ -2-(57) ] 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。

#### [ -2-(58) ] 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。

#### [ -2-(59) ] 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。

#### [ -2-(60) ] 輸血(K920)

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。これは全くおかしいことであり、早急に改善を要する。

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。

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。

#### [ -2-(61) ] 新設点数

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。

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。

腔壁に埋没した椎弓切除術（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。

胃ろうチューブ、気管切開チューブ、ガストロボタン、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。内視鏡下の胃瘻チューブ交換バンパー型の場合、手技料（胃・十二指腸ファイバースコピー1140点）交換用胃瘻カテーテル胃留置型バンパー型 23700円の合計 35100円が療養病棟入院基本料Eの7640円に含まれ、必要な医療が提供できなくなる。

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、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。

### ... 麻酔 ...

#### [ -2-(62) ] 麻酔全体

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。

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。

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。

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 ...

#### [ -2-(63) ] 施設入所者の医療

特別養護老人ホーム及び介護老人保健施設等における入所者に対する必要な治療が実施できるよう、入所者に対する医療の算定制限を撤廃すること。

**要求理由**：インフルエンザやノロウイルスによる入所者の死亡等が発生しているが、再発させないためにも入所者に対する必要な医療を提供できるようにすべきである。

特養に入所する末期の悪性腫瘍患者に在宅ターミナルケアを実施した場合は、施設側の看取り加算の算定の有無に係らず、ターミナルケア加算が算定できるようにすること。

**要求理由**：医療のターミナルケアと施設の看取りは内容が異なる。

### ... 入院 ...

#### [ -2-(64) ] すべての入院基本料

入院基本料を引き上げること。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。

看護師不足が解消するまで次の取り扱いとすること。

- ア) 看護師比率について、70%又は40%を満たせない場合についても、当分の間、当該入院基本料を算定できる取り扱いとすること。
- イ) 看護要員の月平均夜勤時間数を満たせない場合についても、当分の間、当該入院基本料を算定できる取り扱いとすること。
- ウ) 15:1以下の入院基本料において、看護職員による複数夜勤体制を満たせない場合であっても、当分の間、看護補助者を含めた複数夜勤体制を満たすことができる場合は、当該入院基本料を算定できる取り扱いとすること。

**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。

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**：また、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おこなうべきでない。

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。

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、これを評価するために複合病棟を認めるべきである。

入院環境料、看護料、入院時医学管理料を統合した入院基本料を廃止し、それぞれ個別に評価点数とすること。

**要求理由**：包括された入院基本料では、入院環境、看護、医学管理に関するそれぞれの費用が妥当適切に設定されているかが困難である。

「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。

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。

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。

特定入院料等を算定する患者が、入院の契機となった疾病以外の疾病治療のため、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**：入院の契機となった疾患以外の疾患であって、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。

## [ -2-(65) ] 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。

## [ -2-(66) ] 療養病床

医療療養病床における医療区分1の診療報酬(入院基本料D・E)を、医師・看護職員をはじめとした人件費や医療提供にかかわる諸経費を保障できるよう(入院基本料C相当)に引き上げること。

**要求理由**：医療区分1の診療報酬の設定があまりにも低く、経営が成り立たないことは周知の事実であり、中医協の「慢性期入院医療の包括評価調査分科会」の調査結果でも、問題視されている。当会が行った調査では、区分1の半分が引き続き入院医療の必要性があり、残りは、退院後の行き先がないことがわかった。したがって国がやるべきことは、入院後の行き先、特に特養などの施設や、在宅療養環境の整備を早急に行うことであり、それが実施されれば、区分1の患者は、入院医療が必要な患者のみとなる。したがって、区分1の診療報酬を大幅に引き下げることには絶対にあってはならない。

下記の状態像については、医療区分2に引き上げること。

ア) インスリン注射が必要だが自己注射が不可能な患者。

イ) ADLが低い患者などで、経管栄養を実施するなど、一定の医療提供が必要な場合

ウ) 「30日を超えるリハビリテーションを実施している患者」、「8回未満だが毎日頻回の喀痰吸引を実施している場合」、「区分2となる状態の日数制限の廃止」「区分2となる状態像の緩和」など、医療区分2の要件緩和。

エ) 急性期の患者

**要求理由**：当会の調査で、区分1から区分2にすべき患者として報告されたものである。

医療区分2が2項目以上あれば、区分3とすべき。

**要求理由**：区分2が複数項目ある患者は、より重症であり、区分3として扱うべきである。

## [ -2-(67) ] 診療所

一般病床・療養病床とも、医師・看護職員の人件費が支払えるよう、入院基本料を大幅に引き上げること。

診療所療養病床入院基本料について、6：1看護+6：1看護補助を、将来とも評価すること。また、看護師比率に応じた加算を設けること。

一般病床については、7人の看護職員配置を新設するとともに、「入院患者対看護職員比率+看護補助者比率を評価する方式」を新設し、医療機関の選択制とすること。

**要求理由**：診療所の入院点数の評価を正当に行なうべき。

## [ -2-(68) ] 入院基本料等加算

入院医療の応需体制を確保するため、辺地、山村、過疎、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**：辺地、山村、過疎、豪雪地等における入院医療の応需体制を確保するため。

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。

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。

## [ -2-(69) ] 特定入院料

全ての特定入院料を引き上げること。特定入院料において特定入院料において、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。また、B008 薬剤管理指導料、A221 重症者等療養環境特別加算、A224 無菌治療室管理加算、A205 救急医療管理加算、A205 乳幼児救急医療管理加算が算定できるようにすること。

**要求理由**：これらについて、加算評価すべきである。

小児入院医療管理料を算定する患者は、「平均在院日数の計算対象としない患者」とすること。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、特別入院料の算定となって経営が酷く悪化している。

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。

## [ -2-(70) ] 入院時食事療養

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」に見合っ設定し、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とおり、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は、こうした観点で設定すべきである。

## [ -2-(71) ] 特定保険医療材料

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。

**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」の中にもるめられている 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

### 3 その他の要求

#### [ -3-(1)] 施設基準

「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。

**要求理由**：基本要件と同じ。

#### [ -3-(2)] 医療と介護の給付調整に係る具体的要求項目

医療系サービスについては医療保険給付に戻し、介護保険給付は福祉系サービスに限定すること。

**要求理由**：そもそも医療行為は医療保険で給付されるべきである。また、介護保険の場合は、医療の必要性が無視され、支給限度額の範囲でしか実施できないため。

#### [ -3-(3)] レセプト記載事項

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。

#### [ -3-(4)] 診療報酬の請求方法

診療報酬の請求方法をオンラインによる方法に限定せず、紙媒体での請求を今後とも認めること。また、診療報酬オンライン化のために、医療の個別性を無視した診療報酬体系を導入しないこと。

**要求理由**：基本要件と同じ。

#### [ -3-(5)] 個別の費用ごとに区分して記載した領収証交付義務化

個別の費用ごとに区分して記載した領収証の交付義務化をやめること。

**要求理由**：個別の費用ごとに区分して記載した領収証の交付を義務化する根拠はない。

## 【 】 2008年度診療報酬改定に対する具体的要求(歯科要求)

### はじめに

歯科診療報酬は一貫して低診療報酬政策が貫かれてきた。そのため長期にわたり基礎的技術料が据え置き放置されるとともに、歯科の新規技術の保険導入もほとんどないまま放置されている。(別紙資料1参照)また、改定の度毎に個々の治療行為の包括が行なわれ、包括された点数の評価は積算されないため、歯科の包括は実質点数の引き下げとなった。更に、過去数度にわたる診療報酬改定では「かかりつけ歯科医初診料」に代表されるような、医療の個別性、特殊性を考慮しない、安価な定額評価で医療機関に患者の長期管理を課すという、診療報酬の体系が様々に試みられてきた。

「かかりつけ歯科医初診料」「継続的歯科口腔衛生指導料」などこうした長期管理の評価体系は廃止されたが、06年4月改定で新たに導入された「歯科疾患総合指導料」「歯科疾患継続管理診断料」「歯科疾患継続指導料」の体系は、廃止された過去のこいした長期管理体系を再編強化したものになっている。

以上のような、歯科医療の質と安全の保障をないがしろにした低診療報酬を基調にした改定を通じて、歯科医療費抑制が過度に強化された結果、歯科医療の質と安全の保障がないがしろにされ、医療経営は崩壊の危機に瀕している。

今日、適切な食事を通じて健康の回復、維持、増進を図ることは、運動と共に慢性疾患対策として各方面で注目され、実践されているところである。病院、介護の現場においては栄養サポートチームの取り組み、口腔ケアの取り組み等を通じ、平均在院日数の短縮、誤嚥性肺炎の減少をはじめ様々な効果が報告されている。併せて8020運動などの経験で口腔機能が高く維持されていることで、総医療費が抑制されることも明らかにされてきている。これらのことを踏まえ、患者の求めに応え、必要とされる質の高い歯科治療を保障し、国民の口腔機能の維持向上を図ることを通じて、総医療費を真に適正化するという政策に転換を図ることが求められている。

このため、歪められた歯科診療報酬体系を、社会保障としての歯科保険医療の改善、充実の視点から捉え直し、歯科医療の質の確保、安全を保障できるよう以下のような基本要件を明確にすると共にその具体化としての重点要求の実現を求める。

### 1 歯科診療報酬点数表全般を通じての要求

#### 【 -1-(1)】 保険の給付範囲を拡げて欲しいという患者の要望に応え新規技術の保険導入を図ると共に混合診療は拡大しないこと。

**要求理由**：歯科では新規技術の保険導入が医科と比べてほとんどないまま放置されてきた。このため、「保険の給付範囲を拡げて欲しい」が一貫して歯科医療に対する患者の強い要望になっている。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。

このため、例えば金属床総義歯、小臼歯の前装鑄造冠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、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性や普及性が図られている技術については直ちに保険導入を検討すること。

国民の可処分所得や、勤労者の実質賃金の減少を反映して、経済的理由で保険外の歯科治療も受けられない歯科医療格差が拡大している。混合診療の拡大で国民の中の歯科医療格差をこれ以上拡大せず、必要とされる歯科医療の提供を保険で保障すること。

[ -1-(2) ] **歯科医療の特殊性、個別性を考慮し、症状急変でも患者の求めに積極的に応じられる評価を新設すること**

**要求理由**: 定額評価での長期管理の体系では、患者毎に病態の変化、治療結果が異なる医療の特殊性、個別性に対応することが困難であり、また、併算定を禁じたことで患者のフリーアクセスをも制限するものになってしまう。「かかりつけ歯科医初診料」に変わって導入された「歯科疾患総合指導料」「歯科疾患継続管理診断料」「歯科疾患継続指導料」は、こうした体系の再編であり歯科医療の実態にそぐわない体系評価は廃止すること。

また、歯周疾患継続総合診療料の廃止の結果、歯科の慢性期医療としての長期療養型継続管理が歯科医療の現場では実質行なくなっている。しかし、治療終了後の再発予防、安定期の口腔管理は歯周病の患者からも強く求められている。歯周病の治療と管理に医療機関が積極的に応えられるようにするためには、継続管理中におきる病態変化や急発時への対応として必要とされる治療に対しては特掲診療の算定制限などは行わず、管理中の急変にも対応が必要な歯科医療の実態に則した長期療養型継続管理が実施できる評価を新設すべきである。

[ -1-(3) ] **文書提供一律義務化を撤廃し、必要に応じて提供した場合は正当に評価すること**

**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、毎回の文書作成に追われることから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。また、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すべきである。このため、算定要件とされた文書提供の一律義務化は撤廃すること。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。

[ -1-(4) ] **一つ一つ時間と手間をかけて行なわれている基礎的技術料について、タイムスタディ調査を反映し適正に引き上げること。中医協の論議を経ずに「課長通知」などで行なわれた算定制限や、実質引き下げとなるような包括化はやめること。**

**要求理由**: 普通処置、浸潤麻酔など20年、30年と長期に渡り多数の点数評価が据え置かれている。歯質を残し咬合、咀嚼機能を回復するために努力している、医療担当者の技術と労働の評価を緊急に見直し、経済変動、人件費なども勘案して正当に引き上げること。そのためにも個々に行った治療行為を正当に評価できるよう出来高払いを原則とした評価体系に改め、包括評価の拡大は行わないこと。補強線や指導料等々のように過去に包括化されものは個別点数に復活し正当に評価すること。

[ -1-(5) ] **咬合や咀嚼機能など患者の状態を考慮し、画一的な治療体系の見直しは行わないこと**

**要求理由**: 歯周疾患の治療期間であっても患者にとって咀嚼機能は必要であることを踏まえ、歯周治療と補綴治療の流れを見直し、一律に補綴治療を歯周治療の終了後にしか認めないと言うような患者の咀嚼機能維持の要求にも反する画一的、機械的な歯科治療体系を導入しないこと。また、歯周疾患が治癒困難な慢性疾患であることも踏まえて、治療終了後の安定期の再発予防や管理など必要な治療管理は保険給付を保障すること。医科のリハビリ治療のような期間による保険給付制限などで混合診療の拡大となるような取り扱いはしないこと。

[ -1-(6) ] **高齢社会に対応した在宅医療を重視し、医療費抑制のための包括化は行わないこと**

**要求理由**: 高齢社会の進行で在宅医療の役割は広がっているが、歯科の在宅医療は大きく立ち後れている。高齢者の歯科医療、口腔ケアの需要に応えられるよう抜本的に在宅歯科医療を見直すこと。当面、常時寝たきりなど訪問診療の算定条件を患者の実態に沿って見直すなど患者・家族の要望に

医療機関が積極的に応えられるよう改善すること。また、全身管理下での歯科治療が必要とされることから病院歯科と歯科診療所との連携がこれまで以上に必要とされており、病院歯科が拡充できるよう病院歯科の評価を抜本的に改めること。

後期高齢者の診療報酬については、包括払いや人頭登録制などが取りざたされているが、患者の医療機関選択権を制限し医療費抑制のために後期高齢者に医療差別を導入するような診療報酬制度には反対する。高齢者の咀嚼機能の維持、口腔ケア改善、管理など高齢者の心身の特性を考慮し、また、フリーアクセスを制限せず、出来高払いを基本に検討すべきである。

#### [ -1-(7) ] 必要以上に煩雑で過大なカルテ、レセプト等への記載義務化を撤廃すること。

**要求理由**：歯科ではすべての指導管理料に患者への文書提供が義務づけられた上に、更に検査、処置、手術、歯冠修復欠損補綴など特掲診療料の多くの項目にまで検査結果や治療部位などについてカルテ及びレセプトの摘要欄への詳細な記載と患者への交付文書の添付などが算定の要件とされた、歯科医師に過度な負担を強要したことで診療への専念を困難にしている。診療に集中できるよう煩雑で過大なレセプト、カルテなどへの記載義務化はやめるべきである。

## 2 歯科診療報酬点数表に沿っての個別要求

### ... 初・再診料 ...

#### [ -2-(1) ] 初診料(A000)、再診料(A001)

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**：医科歯科格差是正、院内感染防止費用を考慮すること。

かかりつけ歯科医初診料・かかりつけ歯科医再診料の引き上げ・誘導のために、これまでの改定で引き下げや包括された点数を全て復活させること。

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當に評価すること。

#### [ -2-(2) ] 特掲診療料全体

幼児に関する特掲診療料の50/100加算を6歳未満に戻すこと。

#### [ -2-(3) ] 医学管理等(B000～B012)

歯科疾患総合指導料(B000-3)、歯科疾患継続指導料(B004-8)を廃止すること。

**要求理由**：文書提供、患者の同意・署名、包括化など歯科診療実態に合わない。

医学管理等の算定要件とされた患者への文書提供の義務づけを撤廃すること。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。

歯周疾患指導管理料(B001)、歯科口腔衛生指導料(B000)などの指導料の評価を大幅に引き上げること。

**要求理由**：患者の自己管理を指導することは、歯科の二大疾患においてとりわけ重要である。

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、月1回の算定制限を緩和すること。

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。

「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**：齲蝕多発傾向者その他を分ける根拠はない。

歯科特定疾患療養管理料(B002)は、歯周疾患指導管理料(B001)、歯科口腔衛生指導料(B000)との別途算定を認めること。

歯科口腔疾患指導料を復活すること。

**要求理由**：口腔粘膜疾患などの指導は必要であるため、こうした指導がおこなわれたときの評価を復活すること。

[ -2-(4)] **在宅医療**(C000～C006)

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扱いが必要。

歯科訪問診療料（C000）、訪問歯科衛生指導料（C001）における文書提供を算定要件にしないこと。

**要求理由**：煩雑な事務を簡素化し、歯科訪問診療に専念できるようにすること。

歯科訪問診療料（C000）、とも適正に評価すること。

**要求理由**：現行点数ではコストが見合わない。

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料（C000）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**：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。

訪問診療料（C000）を算定できない場合も特掲診療の50/100加算・切削器具加算を認めること

**要求理由**：同一患家の2人目や施設の2人目以降で30分未満であっても負担は同等なため。

新製義歯調整料（M035）または有床義歯調整料（M036）の算定日以外に、切削器具を訪問先に携行し有床義歯の調整などを行った場合も、切削器具加算を実態に応じて算定できるようにすること。

訪問歯科衛生指導料（C001）の時間制限を廃止すること。

老人訪問口腔指導管理料（C006）は、文書提供を算定要件にしないこと。

施設における口腔管理を、衛生士の配置など制度的に確保できるまでは、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。

口腔ケアを適切に評価すること。

訪問看護指示料を算定できるようにすること。

[ -2-(5)] **検査**(D000～D100)

歯周組織検査は、同一患者の1か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無いと思われる。

歯科疾患継続管理診断料（D002-4）は、廃止すること。

**要求理由**：歯科疾患継続指導料の流れは臨床実態にあわない。

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。

平行測定の方法は、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。

歯周組織検査（D002）の歯周精密検査は4点法による検査を認めること。

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。

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。

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必要とされているため。

[ -2-(6)] **画像診断**(E000～E301)

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-(7) ] **投薬**(F000～F500)  
薬理作用による投薬を容認すること。

[ -2-(8) ] **注射**(G000～G200)

[ -2-(9) ] **リハビリテーション**(H000～H100)  
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、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過重なので止めること。  
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。

[ -2-(10) ] **処置**(I 000～I 100)  
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)。

齲蝕処置(I 000)は点数を引き上げ、算定要件を見直すこと。

**要求理由**：大幅に包括されてしまったが基本的な治療として評価すべき。

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**：純然たる処置行為であるのに、医学管理に対する加算点数とする取り扱いには、何ら整合性が認められない。

歯髄覆罩(I 001)の算定制限を緩和すること。

**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はある。

除去料は引き上げ適正に評価すること。

**要求理由**：冠除去、ポスト除去ともに時間を費やす、器具の損耗も考慮すべき。

咬合調整(I 000-2)は、歯数に応じて1回限りという制限を撤廃すること。

知覚過敏処置(I 002)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**：1985年からこの点数なので引き上げるべきである。

変色無髄歯に対する歯の漂泊について、歯の漂泊を行な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泊処置は治療として必要であるため。

抜髄(I 005)、感染根管処置(I 006)、根管貼薬処置(I 007)等の歯内療法の評価を引き上げるとともに隔壁についても別途評価すること。

直接歯髄覆罩後1か月以内の減算は行なわないこと。

抜歯を前提とした場合の根管貼薬処置(I 007)の算定基準を従来どおりに戻すこと

根管充填(I 008)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のでやめること

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。

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、別途算定すること。

初期齲蝕小窩裂溝充填塞処置(I 003)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。

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。

歯周基本治療（I011）の評価を引き上げること。

歯周治療用装置（I018）については歯周外科手術の有無に係わらず算定を認めること。

歯周基本治療（I011）について、再SRPの算定を認めること。

**要求理由**：同一初診内SRP1回のみでは歯周病の管理は困難なため

歯周疾患処置（I010）は、改定前の算定要件に戻すこと。

21 歯周病のメンテナンスを適正に評価すること。

**要求理由**：歯周疾患のメンテナンスが必要な患者に対して、メンテナンスが行えなくなった。

22 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。

23 レーザー加算を新設すること。

**要求理由**：レーザーは高度先進医療として既に長く使用され、有効性や安全性が確立されているため。

25 ラバー加算（I080）は、ラバー防湿法を行なった場合に限定せず、治療上必要があつて使用した場合は算定を認めること。

#### [ -2-(11) ] 手術(J000～J400)

同一手術野又は同一病巣における算定方法は、以前の個別算定方法に戻すこと。

**要求理由**：歯牙の移植術と抜歯、抜歯と歯根のう胞摘出術など強引な包括はあらため、それぞれ個別算定をすべきである。

抜歯手術（J000）の点数を引き上げること。

抜歯手術（J000）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。

歯冠修復物の除去を避けるためにする歯根端切除術（抜歯・再植）を認めない扱いをやめること

息肉除去手術（J005）は、抜髄、感染根管処置と併せて行った場合に限定せず、治療上必要に応じて認めること。

口腔内消炎手術（J013）の算定に際してのカルテに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。

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。

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。

歯周外科手術（J063）（J064）の算定単位を1歯相当範囲に戻すこと。

レーザー加算を新設すること。

**要求理由**：レーザーは高度先進医療として既に長く使用され、有効性や安全性が確立されているため。

#### [ -2-(12) ] 麻酔(K000～K200)

伝達麻酔（K000）は、評価を大幅に上げること。

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。

#### [ -2-(13) ] 放射線治療(L000～L003)

#### [ -2-(14) ] 歯冠修復及び欠損補綴(M000～M100)

補綴物維持管理料（M000-2）については廃止し、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。

当面、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。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。

補綴時診断料（M000）は、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。最初から、予定通りに診断治療が進められるとは限らない。

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。

包括評価を改め個別に評価すること。

ア) 歯肉圧排は包括でなく別途評価すること。

イ) 暫冠被覆冠を評価すること。

ウ) 補強線を使用した場合の費用は別途算定を認めること。

エ) 有床義歯作成時の作業用模型は別途評価すること。

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。

前装鑄造冠（M011）を小臼歯まで認めること。

大臼歯の単冠での4/5冠を復活すること。

**要求理由**：なるべく無駄な歯質の切削を減らす必要がある。

健全歯質を残す観点から5分の4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。

歯冠継続歯（SK）は廃止した点数を復活すること。

**要求理由**：どうしてもSKでないと困るときが臨床ではある

装着材料料は点数を引き上げること。

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

新製義歯調整料（M035）は算定要件の1口腔単位を1装置単位に戻すこと。有床義歯調整料（M036）との同月算定を認めること。

有床義歯調整料（M036）は月1回との算定制限をなくすこと。

治療用の仮歯を新設すること。前歯の離脱、紛失など根管治療が必要な場合など仮歯を評価すること。

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。

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審査する以外でも、歯科技工物の製作に必要として製作した場合も評価すること

ラバー加算（M090）は、ラバー防湿法を行なった場合に限定せず、治療上必要があつて使用した場合は算定を認めること。

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。

歯科技工士の技術と労働の評価を適正にすること。

技工指示書の評価を行うこと。

## [ -2-(15) ] 歯科矯正(N000~N100)

セファロと同時撮影時のパノラマの診断料は50/100の減算をせず所定点数の算定とすること。

**要求理由**：撮影される部分が同じという理由で減算しているが、撮影方法、得られる情報も異なり、片方で補えるものでなく、顎変形症の治療には不可欠な写真のため。

[ -2-(16) ] 保険外併用療養

金属床総義歯は選定療養から全額保険導入とすること。  
C選療は廃止すること。

[ -2-(17) ] その他

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。

施設基準 第87 顎口腔機能診断料 (2)のアの下顎運動測定機について

薬事法上、クラス2(管理医療機器)-歯科用下顎運動測定機は「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、下顎運動測定機としてクラス分類するべきである。

長期にわたり据え置かれる技術料		
	点数	据え置かれた期間
検査		
スタディモデル	50点	1970年(S45)より36年間
チェックバイト	400点	1981年(S56)より25年間
処置		
除去・複雑	15点・30点	1975年(S50)より31年間
知覚過敏処置	40点・50点	1985年(S60)より21年間
手術		
難抜歯	460点	1985年(S60)より21年間
抜歯窩再搔爬手術	130点	1985年(S60)より21年間
歯根嚢胞摘出手術	770点・1300点	1985年(S60)より21年間
歯槽骨整形手術	110点	1981年(S56)より25年間
麻酔		
伝達麻酔手技料	38点	1988年(S63)より18年間
浸潤麻酔手技料	23点	1988年(S63)より18年間
歯冠修復・欠損補綴		
窩洞形成	40点	1975年(S50)より31年間
咬合採得・歯冠修復物	14点	1978年(S53)より28年間
硬質レジンジャケット冠	750点	1978年(S53)より28年間
ティッシュコンディショニング	110点	1981年(S56)より25年間