

医療・歯科医療を良くするためには
診療報酬の改善が必要です

2026 年度
診療報酬
改定に向けた保団連要求



国民医療の向上をめざす

全国保険医団体連合会

開 業 医 宣 言

— 保団連の医療に対する基本姿勢 —

【前 文】

わが国の開業医は、第一線医療の担い手として、長年にわたり地域住民の医療に貢献してきた。

いま日本人の平均寿命は大きく延びてきたが、一方、国民生活をとりまく経済、労働、環境などの急激な変化とその垂みは、成人病の増加はもとより、かつては見られなかった心身の疾患をも生み出し、子どもから老人に至るまですべての世代を通じて、健康に対する関心と不安が増大している。

こうした中で開業医師、歯科医師のあり方も問い直され、日常の診療に責任を持つことはもとより、疾病の予防から環境の改善などに至るまで、その専門的知識、技術による幅広い対応がより求められている。

同時に、近代民主主義の主権在民、人権尊重の思想は、医療における人間関係、医学の進歩と医療の倫理など新しい課題をも提起している。

これらの期待と要望に応えるためには、患者・住民の求めるところを深く理解し、常に新しい医学・医療を研鑽して、自らの医療活動を省み創造する開業医の姿勢と努力が不可欠である。

また、わが国は「経済大国」といわれながら、その力が国民には還元されず、逆に国民の努力により築き上げてきた社会保障が、軍事予算拡大やいわゆる「民活路線」の除で、次々に後退させられている。さらに現在、地球的規模での環境破壊や核兵器の脅威など、人類の生存すら危ぶまれる状況も存在している。

私たちはこれらの現実に向かいつつ、21世紀の医療を担う開業医像をめざして、次の通り宣言する。

【本 文】

1. 全人的医療

私たちは個々の疾患を重視するのみならず、患者の心身の状態、家族、生活環境にも気を配り、全人的医療に努力する。

2. 対話の重視

医療は患者と医師の信頼にもとづく共同の行為である。患者の立場を尊重した対話によって、患者自らが最良の選択を行えるよう、医師は患者に必要な情報や専門的知識、技術を提供する。

3. 地域医療

私たちは住民の身近な存在として、日常診療に責任を持つと同時に、地域の保健、予防、リハビリテーション、福祉、環境、公害問題等についても積極的な役割を果たす。

4. 医療機関等の連携

私たちは最も適切な医療を行うため、診療機能の交流等を通じ、他の医師・医療機関等との円滑な連携に努める。同時に他の医療・福祉従事者の役割を重視し、患者を中心とした緊密な協力関係を保つよう努力する。

5. 診療の記録

診療の正確な記録は医師の重要な責務である。療養等に必要な情報の提供に日常的に努めるとともに、患者からの診療情報提供の求めに誠実に応ずる。診療情報の提供に際しては、医師の守秘義務を遵守し、患者の秘密と人権を守る。

6. 生涯研修

私たちは患者、住民が最高の医学的成果を受けられるように、常に医学・医療および周辺学術の自主的な研鑽に努め、第一線医療・医学の創造、実践、発展をめざす。

7. 自浄努力

私たちは、患者や地域住民の信頼を失うような医療行為を厳に戒める。また常に、他の批判に耐える医療を心がけ、医療内容の自己および相互検討を行うよう努力する。

8. 社会保障

医療を資本の利潤追求の市場に委ねてはならず、すべての国民が十分な医療・福祉を受けられるよう、社会保障を充実することは近代国家の責務である。私たちは国民とともに社会保障を守り、拡充するため努力する。

9. 先端技術の監視

科学技術の急速な発展は人類に多くの恩恵をもたらす一方、その用い方如何によっては生態系の破壊なども懸念される。私たちは特に、人類や地球の未来に影響を及ぼさない先端技術に対しては、その動向を監視し、発言する。

10. 平和の希求

人命を守る医師はいかなる戦争をも容認できない。私たちは歴史の教訓に学び、憲法の理念を体して平和を脅かす動きに反対し、核戦争の防止と核兵器廃絶が現代に生きる医師の社会的責任であることを確認する。

1980年1月22日 保団連第27回定例会採択
1988年1月25日 保団連第36回定例会一部改正

発行に当たって

全国保険医団体連合会は、全国の医師・歯科医師10万6千人で構成する保険医の団体です。保険医の生活と権利を守り、国民医療の向上と医療保障の充実により国民の健康を守るために活動しています。

2024年度診療報酬改定はコロナ禍からの再建、物価高騰への対応、医療関係職種の賃上げなどが喫緊の課題とされました。改善を図るためには、初・再診料をはじめとする基本診療料の大幅な引き上げが不可欠でしたが、実際の改定内容は医療者の望みからかけ離れたものだったと言わざるを得ません。

医科では、外来で生活習慣病管理に係る点数の再編や汎用点数の引き下げが大幅な減収をもたらしました。入院では急性期一般入院料1の要件が強化され、高齢者を急性期病床から追い出す形で提供体制が再編されました。歯科では、「クラウン・ブリッジ維持管理料」における金パラ・銀合金の単冠だけが対象から外され、その財源は技工関連点数にふりむけられませんでした。

他にも、用途が限定され複雑な届出を要する「ベースアップ評価料」や、マイナ保険証の利用率等を要件とする「医療DX推進体制整備加算」、長期収載品を選定療養として自費負担を徴収する「薬の保険外し」など、診療報酬のあり方を歪める仕組みが導入されました。療養の給付に直接関係のない点数や医師の裁量権を制限しかねない運用も見られ、容認した中医協の機能不全は重大な問題です。厚労省は医療機関の厳しい経営実態を真摯に受け止め、肥大化する経済界や財務省の要求に対抗すべきです。

この間、診療報酬は約20年間で累計10%以上引き下げられています。今回改定は医療・介護ともに職員の処遇改善が焦点となりましたが、他産業に比べて低い賃金水準で維持する事態に陥らせた原因は政府の低診療報酬・低介護報酬政策に他なりません。それにも関わらず、政府は社会保障関係費について、「高齢化による増加分に相当する伸び」に収めるとして、引き続き患者・利用者負担の引き上げ、保険給付対象者の縮小を含めた制度改悪を進める方針です。

当該方針は、人材不足や病床・設備未整備などを浮き彫りにした新型コロナウイルス感染拡大の教訓に学ばないばかりか、医療・介護へのアクセス悪化や地域社会の荒廃を進め、医療・介護現場を更に疲弊させるものであり、即時転換すべきです。診療報酬・介護報酬は医療機関の経営原資というだけでなく、社会保障として患者の受ける医療や介護の水準を決定づけます。大幅な引き上げが必要不可欠です。

保団連は、本冊子を通じて地域医療の最前線で従事される医師・歯科医師の皆様の切実な声を政府に届け、国民医療や介護水準の改善、診療報酬・介護報酬引き上げの実現に向け全力を尽くして参る所存です。財界からの社会保障費抑制の圧力が強まる中、皆様からの現場での切実な声を行政に届ける重要性は一層高まります。実際に、診療報酬改定毎に本冊子に掲載されている要求項目が実現しています。

本冊子は、第1に現場の医療従事者が切実に訴える不合理の声、第2に患者負担の軽減も含めた社会保障のあり方、第3に社会保障の充実に必要とされる財源確保等の具体的な政策立案の視点から提起しています。先生方の切実な要求は確実に政府に届けます。

会員医療機関の皆様におかれましてはぜひ本冊子をご一読ください。改善要求の実現に向け、会内にとどまらず広く国民的な取り組みとするために、趣旨へのご理解とご協力を何卒お願い申し上げます。

2025年7月

全国保険医団体連合会
診療報酬改善対策委員会
医科委員長 武田 浩一
歯科委員長 田辺 隆

2024年度診療報酬改定において保険医の要望で実現した主な項目

2024年診療報酬改定では、保団連の診療報酬改善要求冊子や保団連・保険医協会・保険医会と連携した実態調査などに基づく要請活動により、下記の項目が実現しています。

〈医科〉

- ・ 改定施行時期が4月から6月に2カ月後ろ倒しとなり、一定の周知期間が確保された。
- ・ 初・再診料、外来診療料、概ね全ての入院基本料、特定入院料が引き上げられた。
- ・ 往診料に看取り加算、ターミナルケア加算が新設された。
- ・ ターミナルケア加算について、死亡日及び死亡日前14日以内に退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合でも算定可能となった。
- ・ 介護老人保健施設において、入所者に算定できる内服薬、外用薬を院外処方した場合の処方箋料が出来高で算定可能となった。
- ・ 皮内、皮下及び筋肉内注射、静脈内注射、点滴注射など汎用の注射の手技料が引き上げられた。
- ・ 爪甲除去（麻酔を要しないもの）、粘（滑）液嚢穿刺注入（片側）など一部の汎用の処置の手技料が引き上げられた。

〈歯科〉

- ・ 外来環が再編され、新設された歯科外来診療感染対策加算では、人員要件に「院内感染防止対策にかかる研修を受けた者が1名以上配置されている」ことが選択肢として追加され、要件緩和された。
 - ・ 歯科医師と歯科技工士の連携を評価した歯科技工連携加算1～2が新設された。
 - ・ 指導・訓練の評価として、歯科口腔リハビリテーション料3、実地指の口腔機能指導加算が新設された。
 - ・ 歯科訪問診療1において、20分の時間要件が撤廃された。
 - ・ 処置の生活歯髄切断と抜髄で麻酔薬剤料が算定できるようになった。
 - ・ 糖尿病患者への対応として、SPTに歯周病ハイリスク患者加算が新設された。
 - ・ 2回目以降のSPT算定において、治療間隔の短縮が必要とする場合に「糖尿病の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合」が追加された。
- ※ 医科点数表では生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱが再編され、糖尿病患者に歯周病の診断と治療のため歯科受診を促す要件が追加された。
- ・ 保険適用範囲の拡大や新設項目が広く関係するが、例えば、CAD/CAM冠用材料（Ⅲ）の適用拡大や歯科矯正相談料の新設がされた。
 - ・ 診療情報連携共有料（情共）では薬局への照会（情共1）、医科からの照会への対応（情共2）でも算定できるようになった。情共1の照会は、電話、ファクシミリ、電子メールなどでもよいこととされた。

2026年診療報酬改定に向けた保団連要求

目 次

○2026年診療報酬改定に向けた保団連要求

I	診療報酬改定に対する基本姿勢	4
II - 1	2026年診療報酬改定に向けた保団連医科・歯科共通改善要求	6
II - 2	2026年診療報酬改定に向けた保団連医科改善要求	13
(1)	外来・入院共通	13
(2)	外来	15
(3)	入院	62
II - 3	2026年診療報酬改定に向けた保団連歯科改善要求	81
III	医療政策に関する要求	100
	〈参考〉診療報酬改定に対する基本姿勢（要求理由付）	104

I 診療報酬改定に対する基本姿勢

社会保障とは、負担能力に応じて支払われた税金や社会保険料を徴収し、それを財源にして、生活困窮、病気、加齢などのリスクに直面した人に、必要に応じて給付を行う仕組みである。そして、こうした所得の再配分によって、貧困や格差を是正することができる。しかし、大企業や富裕層を支援し軍事費を拡大させるという基本姿勢に立った現政府の予算の作り方では国民の間で貧富の格差が進むだけである。

診療報酬改定に対する基本姿勢は、医療保険制度の根本的な課題に対する改善要求である。保団連は診療報酬の抜本的な引き上げを求めるとともに、患者窓口負担の軽減と実現に必要な財源を提案している。したがって、「医療費の総枠拡大」「医療保険制度の改善」「財源確保の提案」の3点から以下を要望する。

【1-1】医療費の総枠拡大

【1-1-（1）】 医療費総枠を拡大し、基本診療料技術料を中心に診療報酬を大幅に引き上げること。

【1-1-（2）】 療養の給付に直接関係のない点数を廃止すること。

【1-2】医療保険制度の改善

【1-2-（1）】 実施した医療保険制度の改悪をただちに撤回すること。

- ① 2022年10月から実施された後期高齢者一定所得以上者の窓口負担を2割から1割に戻すこと。
- ② 紹介状なし病院受診時定額負担の対象病院を拡大しないこと。また仕組みの中に、保険給付の範囲から一定額を控除し、それと同額以上の追加大額負担を患者に求める仕組みを削除すること。
- ③ 長期収載品の選定療養による自費負担の徴収を中止すること。

【1-2-（2）】 さらなる医療費抑制政策は中止・凍結すること。

- ① スイッチ OTC 化などの薬剤負担の見直しを凍結し、保険診療に必要な医薬品を適切に給付できる供給体制の確保が可能な仕組みとすること。
- ② 保険外併用療養費制度の拡大を中止すること。
- ③ 高額療養費制度と外来特例の限度額引き上げを中止すること。

【1-2-（3）】 人員・病床削減ありきの医療提供体制改革を方針転換すること。

【Ⅰ-2-(4)】 診療報酬上の減算やペナルティは導入しないこと。

【Ⅰ-2-(5)】 医療・介護・福祉制度を拡充し、患者負担を大幅に軽減すること。

- ① 患者自己負担は、窓口負担の無料化を目指しつつ当面の目標として、75歳以上の高齢者は無料、65歳から74歳は1割、現役世代は2割とすること。
- ② 高額療養費制度の負担限度額を引き下げること。外来特例の限度額を引き下げた上で、現役世代も利用できる制度に改善すること。
- ③ 18歳年度末までを対象とする国の医療費窓口負担無料制度（入院時の食事負担を含む）を早期に創設すること。
- ④ 妊産婦の医療費無料化を、国の制度として実施すること。
- ⑤ 障害者・難病、ひとり親家庭等の助成制度や災害における医療費負担免除制度等の公費負担医療制度について、負担軽減や対象拡大などの改善を行うこと。
- ⑥ 子ども医療費助成を現物給付した自治体への国民健康保険の国庫負担の減額措置（ペナルティ）を完全に廃止すること。

【Ⅰ-2-(6)】 国民健康保険制度を改善すること。

- ① 国民健康保険制度における国庫負担を増やすことで払える国保料（税）に引き下げ、一定以下の所得者の保険料を免除すること。
- ② 自治体が行う法定外繰入を引き続き認めるとともに、滞納・差し押さえ処分を中止すること。

【Ⅰ-3】 財源確保の提案

【Ⅰ-3】 財源確保に向けて税・社会保険料における応能負担原則を徹底すること。

- ① 消費税に頼らず、国庫負担と大企業等の社会的負担を増やして捻出すること。
- ② 被用者保険の一定以上所得者についての保険料は、応能負担の原則を徹底し、標準報酬上限額を引き上げること。

Ⅱ - 1 2026年診療報酬改定に向けた保団連医科・歯科共通改善要求

重点改善要求

〔Ⅱ - 1 - (1)〕 医師、歯科医師はじめ全ての医療従事者の技術への基本的評価としての基本診療料（初・再診料、外来診療料、入院基本料等）について、速やかに下記の改善を行うこと。

① 医療機関・歯科医療機関経営を安定させる十分な原資となる水準にまで点数を引き上げること。

要求理由 厚生労働省が2010年9月29日の中医協総会に提出した資料では、初・再診料は「個別技術にて評価されないような基本的な診察や処置等」や「基本的な医療の提供に必要な人的・物的コスト」、入院基本料は「寝具等を含む療養環境の提供」、「看護師等の確保」、「医学的管理の確保等」を含むとされている。

しかしながら、昨今は上述の対応に加え、小児、高齢者、妊産婦など多種多様な患者への様態に応じた診療や専門性の高い情報提供、そして必要に応じた各医療機関・歯科医療機関・行政機関間の連絡調整など、医療機関や歯科医療機関は極めて高い水準の機能と責任、そのために要するコストを「最低限」のものとして求められている。

加えて2020年以降は、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、従来から医療法で求められる院内感染対策に加え、サージカルマスク、フェイスガード、PPE等の整備や、手袋等の手指衛生の遵守など将来的な新興感染症の発生への平常時からの備えも求められることとされている。

そして昨今、医療機関・歯科医療機関経営を巡る情勢は過去に例を見ない物価、光熱費、材料費等高騰の最中にあり、更には2025年以降の生産年齢人口の急激な減少による医療従事者不足、それに伴う人件費の大幅高騰も大いに懸念される状況でもある。

こうした状況にも関わらず、この間の初・再診料や入院基本料等の基本診療料の改定は、上述の各医療機関・歯科医療機関に求められることとされた高度な機能、将来の新興感染症に対する平常時からの院内感染対策、昨今の物価・光熱費の高騰、そして将来的な人件費高騰に全く見合っていないのが実態である。

そもそも基本診療料は、全ての医療従事者が患者に必要な医療を不足なく提供するために必要な最も基本的な技術評価であり、医療機関・保険医療機関の経営を安定させる十分な原資となるだけの点数設定がされなければならない。

将来の医療提供体制を、物的・人的双方の面で確保する上でも、初・再診料や入院基本料等の基本診療料の大幅な引き上げは必要不可欠である。

② 医科歯科間の初・再診料の格差を解消すること。

要求理由 医科点数の各科に格差がないのは医師の診察における基本的技術を同等に見なして評価したものとイえる。対して歯科の基本診療料が医科に対して長年にわたり低い点数に抑えられてきたことには理由がなく、明らかに不当である。直ちに格差を解消して医科と同額に引き上げるべきである。

③ 急激な社会情勢・経済情勢の変化が発生した場合には緊急改定を実施できるようにす

ること。

要求理由 20年来に渡る診療報酬のマイナス改定に加え、パンデミックの発生など医療機関に物的・人的両面で平常時よりも大きな負担が強られる中、物価高騰、光熱費高騰が追い打ちをかけ、医療機関の経営は危機的状況にある。急激な情勢の変化がある場合は、2年に1回の改定を待たずに、緊急改定を実施できる規定を設けること。

【Ⅱ-1-(2)】診療報酬の在り方について下記の通り改善すること。

- ① 診療報酬各項目の点数設定に当たり、国の責任で全ての医療従事者の基本的な技術等の維持に必要なコスト等に関する実態調査を行ったうえ、持ち出しが発生している点数項目は、速やかに解消に向けて点数引き上げを行うこと。

要求理由 毎回の診療報酬改定における各点数の設定は、専ら「与えられた財源内での配分」との観点で行われている。それ故に診療報酬で定義された診療行為に要する費用との間に大きな乖離が発生している項目があり、特に初・再診料、入院基本料等の基本診療料や特定保険医療材料では実質的に多額の医療機関の持ち出しが発生するなど、その傾向が顕著に出ている。

そもそも診療報酬は、全ての医療機関が患者に必要な医療を不足なく提供するうえで保険医療機関の経営を安定させる十分な原資となるだけの点数設定がされるべきである。現状、複数の項目では実質的に医療機関による多額の持ち出しが発生している状況を踏まえ、国は責任を持って全ての医療従事者の基本的な技術等の維持に必要なコスト等に関する実態調査を行い、少なくとも持ち出しが発生している点数項目については、速やかに解消に向けて点数引き上げを行うべきである。

- ② 基本診療料の加算による評価や特掲診療料の基本診療料への包括化は、基本診療料の実質的な引き下げにつながるため、止めること。

要求理由 現在の基本診療料に付随している各種加算点数や他の特掲診療料を基本診療料に包括し、個別算定をできなくするような基本診療料の見直しは、診療報酬全体を引き下げ、医療経営の悪化に繋がるため、行うべきではない。

- ③ 診療報酬の支払い方式は、個々の診療行為を個別評価した出来高払いを原則にすること。

要求理由 出来高払いは、医療行為ごとに報酬が設定され、それに給付した薬剤費や材料費との積算で報酬総額が決定される仕組みである。療養に要した額を正確に反映しやすく、診療上の裁量権が最大限尊重された中で、必要な医療を不足なく提供できることを担保する上で必要不可欠である。一方包括払いは、その性質上、患者個別の疾患の状態に応じた対応を無視した評価とならざるを得ない。点数設定によっては患者への必要な医療を安定的に提供することが困難になる恐れもあり、容認できない。

【Ⅱ-1-(3)】点数表を簡素化すること。

要求理由 点数表は改定のたびに内容が増える一方である。単に点数項目数が多いことだけではなく、作成する文書の増加、給付調整など介護報酬との関係も年々複雑となっている。さらに正式告示や通知だけでは正確な点数算定ができず、大量の疑義解釈が出されて初めて運用可能となるなど、異

常な運用状況となっている。また、多くの点数に施設基準の届出が要件化されており、点数を複雑化する要因にもなっている。「算定ルール複雑化」は、医療機関の事務負担増につながるだけではなく、予期しない過誤請求・萎縮請求の元凶と考える。患者・国民にとって分かりやすい報酬体系を目指す国の方針からも簡素化を行うべきである。

【Ⅱ-1-(4)】診療報酬改定に当たり、医療機関が改定内容の把握を円滑に実施できるような点数表、施設基準の告示・通知から実施までの疑義解釈を含めた周知期間を社会的な常識に照らして少なくとも6カ月程度設けること。

要求理由 点数表は改定のたびに内容が増え、かつ複雑化を極める一方である。2024年度診療報酬改定では、負担軽減と称して改定実施を6月に後ろ倒ししたが、大量の疑義解釈発出の状況は改善されないばかりか、ベースアップ評価料など改定直前まで届出や算定方法が明確とならないなど、現場は大きく混乱した。これでは従前と変わらず、詳細な取扱いが不明のまま改定が実施されている。混乱の生じない余裕を持った改定実施とするべきである。

【Ⅱ-1-(5)】保険医療材料の価格設定は、当該技術、機器、材料の保険点数を適正評価すること。

- ① 購入価格と保険給付基準の「逆ざや（原価割れ）」をなくすこと。
- ② 物価等による価格変動を確実に反映し、保険償還価格が購入価格を下回ることがないようにすること。
- ③ 原価率が90%を超えるような極端に高い材料については、材料費を見直すこと。

要求理由 必要で十分な医療が受けられるようにするためにも、当該技術、機器、材料の保険点数を適正評価し、購入価格と保険給付基準の「逆ざや（原価割れ）」をなくすことは当然である。しかし現状では長期にわたって解決されていない問題である。

例えば医科では、在宅医療で使用される特定保険医療材料について、多くの診療所では小口購入のため大幅な赤字となっている。また衛生材料が、在宅療養指導管理料に含まれる扱いとなっており別途請求できないことから、保険医療機関の持ち出しが常態化し経営を圧迫している（蓄尿バッグ（ウロバッグ等）、処置等に用いるデイスポーザブルカテーテル、チューブ類、消毒薬等）。さらにC005-2在宅患者訪問点滴注射管理指導料（週3日以上実施し、週1回算定）では、1週間に複数回点滴を実施するため、留置針や点滴回路の費用だけで逆ざやになってしまう。

歯科では金パラの告示価格と市場実勢価格の大きな乖離が生じ得る状況が依然として改善されておらず、歯科医療提供の維持・確保を脅かしている。

さらに「逆ざや（原価割れ）」にならない場合であっても、原価率が90%を超えるような保険材料は持ち出しを覚悟の上で在庫を抱えざるを得ないリスクがある。原価率が極端に高い材料については、材料費を見直すべきである。

診療報酬点数表の運用に関する要求

【Ⅱ-1-(6)】点数の算定ルールやその解釈については全て告示・通知に明記すること。告示・通知の法的性質を峻別し、告示にまったく規定のない項目について、通知のみにより算定要件を設けないこと。

要求理由 診療報酬点数表告示・通知に示していない算定ルールやその解釈を、疑義解釈の事務連絡や審査支払機関への口頭伝達で済ますような方法は現場に混乱をもたらす。点数の算定ルールやその解釈については全て告示・通知に明記した上で、保険医療機関に周知するべきである。また、診療報酬点数表は、公的医療保険の給付を受ける国民の健康保障に直結する問題であることから、「厚生労働大臣告示」の形式はとるものの、その「改正」には中央社会保険医療協議会への諮問・答申という厳格な手順を踏むことが求められている。一方で通知は行政庁の内部規範であり行政内部においてのみ効力を有するのが原則である。

したがって、通知は、告示で示された算定要件の解釈の基準を示す程度の規定にとどめられねばならず、少なくとも告示に全く規定のない算定制限を通知により創設することは許されない。

【Ⅱ-1-(7)】診療報酬算定の疑義解釈について、過去の疑義解釈の整理を行い、改定後も適用される疑義解釈を明示すること。

要求理由 診療報酬の算定要件については本来、疑義解釈で示されるような内容も含めて、改定時に出される留意事項通知において明確に規定すべきであるが、現に告示・通知で言及のない算定要件等が疑義解釈のみで規定されている点数項目が散見されている。告示に根拠のない算定制限を、課長通知、事務連絡で規定するべきではない。その上でこれまで運用されてきた疑義解釈について、現場では過去の疑義解釈の全てを網羅できないため、診療報酬請求を適正に行ってほしいのが目的であれば、DPC制度の解釈の整理にならって、全ての解釈を整理し明示の上、告示・通知に反映することを求める。

【Ⅱ-1-(8)】保険医療機関及び保険医療養担当規則について、医療機関に義務を課す「改正」を実施する場合は、国会での審議も含めて徹底した論議を尽くして行うこと。

要求理由 保険医療機関及び保険医療養担当規則（「療養担当規則」）は、保険診療を行う上で重要な規範である。保険診療にとって重要な「療養担当規則」の改正を行う場合には、十分な時間をかけて関係者との意見調整、徹底した論議を尽くす事は当然のこととして、全ての保険医療機関に対して何らかの義務を課すような主旨の改正が実施される場合は、国会での審議も含めた議論を実施する必要がある。

算定要件全般に関する要求

【Ⅱ-1-(9)】医療従事者が診療に専念できるよう、医療機関の事務負担軽減に向け、診療報酬の請求上、記載要領の不要な記載項目を削除すること。また下記のレセプト記載要領上の取り扱いを廃止すること。

ア 70歳以上の被保険者で、高額療養費の対象に該当しない場合の「特記事項」欄への記載。

イ 記載要領通知に規定した標準病名での保険請求の取り扱い。

要求理由 昨今、診療報酬の算定に当たり、必要なレセプト摘要欄記載についてフリーコメントによる入力からコードの中から選択する方法に仕様が改められた。当該コード化は事務負担の軽減、記載の合理化、効率化を理由として導入された。ただ、実態としては診療報酬の請求上、明らかに不要と

思われるコード入力項目が多数存在する。

その結果として、皮肉にも審査・支払機関の「事務の合理化」のしわ寄せが医療機関に事務負担の大幅増という形で不当に押し付けられている状況となっている。一刻も早い医療機関の事務負担軽減を実現すべく、記載要領の不要な記載項目の削除を求める。

また、コード化に伴う不合理以外にも標記に代表されるような診療報酬の請求上、明らかに不要である記載事項や保険請求上の取り扱いも散見されており、同様の理由で廃止を求める。

【Ⅱ-1-(10)】診療報酬算定要件の設定に当たっては明確な根拠を基に設定し、根拠が不明のまま算定制限を導入することはやめること。

要求理由 国民の命と健康を守る上では、各診療報酬項目が医師の裁量権の尊重の下で算定される必要がある不可欠である。

患者一人一人の病態は異なるものであり、本来的に診療報酬で一律に制限されるものではない。仮に規制をせざるを得ないとした場合でも、それは明確な根拠の下、徹底した議論の上、コンセンサスを得た上で、行われるべきである。

【Ⅱ-1-(11)】施設基準は人員、設備等の規定を設けなければ医療提供に支障をきたすものに限定すること。医療機能評価、選定療養の実施等を施設基準の要件としないこと。

要求理由 施設基準は、定めないと安全性や水準が保持できないなど医療提供に支障をきたす場合に限定すべきものである。しかし現状は、厳しい施設基準のため届出医療機関が限定され、地域間格差や医療機関格差を生じさせるなどの問題を引き起こしている。

個別論点に関する要求

〈同一建物居住者、単一建物診療患者〉

【Ⅱ-1-(12)】在宅医療に係る医科・歯科診療報酬並びに介護報酬の算定に当たり使用する同一建物居住者、単一建物診療患者の概念を廃止し、最も高い点数に一本化すること。

要求理由 診療報酬や介護報酬の点数項目に、同一建物に居住する同日の（歯科）訪問診療患者などや同月の在宅時（施設入居時等）医学総合管理料、訪問歯科衛生指導料、医科・歯科の居宅療養管理指導費などの算定人数のみによって点数が変わる一物二価（歯科訪問診療料、在宅時（施設入居時等）医学総合管理料、訪問歯科衛生指導料、医科・歯科の居宅療養管理指導費に至っては一物三価）の評価体系を持ち込むことは、地域医療を守るために日々尽力している医師・歯科医師の評価を不当に貶めるものであり容認できない。

更に、このような不合理な規定は、個々の患者に対して同様の療養を給付しているにも関わらず、同日に1人よりも複数人を診る方が診療報酬・介護報酬（患者の自己負担額）が低くなること等について、患者に対し合理的な説明ができない事態を招いている点や点数（単位数）表の複雑化により請求に係る事務負担増を招いている点を政府は認識すべきである。

また、特に同一建物居住者の概念については、訪問診療における悪質ビジネスへの対応との観点で導入された経緯もあるが、このような事例に対しては、国の責任で別途規制に向けた対策を講じるべ

きである。診療報酬により一律に対応すべきものではない。

こうした点を踏まえて、診療報酬や介護報酬に設定される同一建物居住者、単一建物診療患者の概念は廃止し、それぞれの診療報酬・介護報酬項目で最も高い点数（単位数）に一本化すべきである。

〈患者への文書提供〉

〔Ⅱ-1-(13)〕患者への文書提供について下記の改善を図ること。

① 診療報酬算定要件ではなく、別に評価すること。

要求理由 医科、歯科問わず医学管理の診療報酬算定要件に、患者への文書による情報提供が義務付けられている。しかし文書作成や当該文書内容を患者に説明する事に時間を割かれる事で、診療活動に支障をきたしている現状もある。文書による情報提供を一律に算定要件に組み込むのではなく、主治医が必要と判断した場合には、文書による情報提供料として指導・管理料とは別に個別評価すべきである。

② 増加する一方の文書提供については簡素化を図ること。

要求理由 昨今、医科・歯科を問わず医学管理料等を中心に、算定の際に患者への同意書が要件とされている点数項目が散見される。患者への説明、署名等が医療機関にとって大きな手間となっている点を踏まえ、廃止すべきである。

〔Ⅱ-1-(14)〕診療情報提供料について下記の改善を行うこと。

① 点数を引き上げること。

② 医学的な必要性に基づき、文書で必要な情報提供を行った場合にその都度算定できる点数とすること。

要求理由 診療情報提供料は、医療機関が患者の診療に当たり、主体的に他医療機関への紹介の必要性を認めた上で、「文書による情報提供」、「紹介医療機関の調整」、「患者の紹介」という役割を果たして初めて評価される。

上述のいずれかの役割を果たすだけでも一定の手間を要するにも関わらず、現行の評価はその手間に見合っているとは言い難い。また、算定に当たっては上記の全ての役割を果たさすことが求められるため、医療現場では「引っ越しなどで具体的な紹介先医療機関が決まっていない状況下で情報提供を行っても算定が出来ない」、「月1回の算定のため、例えば同一月に同一医療機関の異なる診療科の医師への情報提供を実施した場合は算定できない」、「同一法人により運営される施設など『特別の関係にある保険医療機関等』の場合は算定できない」、「紹介を伴わず入院した患者がいて、入院先の医療機関から診療情報提供を依頼された場合に紹介がないので算定できなく困っている」などの不合理を訴える声が多く寄せられている。

患者が過去の医療内容を踏まえた継続性のある質の高い医療を受ける上でも上記不合理の解消は急務であり、少なくとも診療情報提供料（Ⅰ）の算定に当たり、医学的な必要性に基づき、文書で必要な情報提供を行えば当該提供料を必要に応じて回数の制限なく算定可とすべきである。

〔Ⅱ-1-(15)〕診療情報連携共有料について、下記の改善を行なうこと。

- ① 点数を引き上げること。
- ② 医科・歯科医療機関間のみに限らず、医科医療機関同士、歯科医療機関同士の情報連携に当たり、文書（メール・FAX 等を含む）で必要な情報提供を行った場合に算定可能とすること。
- ③ 3カ月に1回という算定制限を撤廃し、文書で必要な情報提供を行った場合にその都度算定可能とすること。

要求理由 診療情報連携共有料の算定は、医科・歯科医療機関間における診療情報の照会への文書返答の場合に限られるほか、算定回数も3月に1回など極めて限定された場面でしか算定できない。実際の診療情報の照会への文書返答については、医科・歯科間に限らず医科医療機関同士、歯科医療機関同士でも極めて頻繁に実施されるが、現状では療養担当規則第二条の二（照会に対する返答への義務に係る規定）により、当該照会への返答について診療報酬上の評価が存在しない。そのため、診療上必要な文書返答を通じた情報共有について、医療機関が無償で実施する不合理な状況である。

また、医学的な必要性から診療情報のやり取りを実施するという点では、診療情報提供料（Ⅰ）と同様であるにも関わらず、同項目より評価が低く設定されている点も不合理である。

患者の過去の医療内容を踏まえた継続性のある医療を受けられるよう、医療機関からの情報提供を評価することは当然である。診療情報連携共有料について、評価を引き上げたうえ、医科歯科、診療科及び回数を問わず、文書で必要な情報提供を行った場合にその都度算定できるよう改善すべきである。

【Ⅱ-1-(16) 糖尿病治療における医科歯科連携を促進するための医科点数上の評価を設けること。

要求理由 糖尿病については2023年の国民健康・栄養調査によると、強く疑われる者の割合が男性16.8%、女性8.9%である。糖尿病と歯周疾患の関連については、「糖尿病患者に対する歯周治療のガイドライン 改訂第2版）」（日本歯周病学会）においても、CQ1「歯周治療はHbA1cの改善に有効ですか？」の推奨度は、初版でのグレードC1からBにレベルアップし、糖尿病患者に対する歯周治療の有効性が近年支持されるようになっている。2024年改定で、歯科では糖尿病の病態によって歯周病が重症化するおそれのある患者に対し、「歯周病安定期治療」に「歯周病ハイリスク患者加算」などが新設された。

医科点数表の生活習慣病管理料の通知では、「糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科への受診を促す」ことが明記されているところであるが、がんや認知症の連携パスなどのような評価、あるいは、保団連発行「糖尿病・歯周病医科歯科連携手帳」等により医科、歯科、患者が経過を共有でき、モチベーションを上げるための施策に対する加算など、連携の実効性を促すためのさらなる評価を設けること。

Ⅱ - 2 2026年度診療報酬改定に向けた医科改善要求

(1) 外来・入院共通

〔Ⅱ - 2 - (1)〕 医療従事者の処遇・勤務環境の改善のために基本診療料を中心とした点数の底上げをすること。

要求理由 2024年4月より「医師の働き方改革」制度が開始したが、政府は医師の絶対的な不足を解決しないだけでなく、不十分な診療報酬や財政措置の改善を放置してきた。医師の労働時間に制限を求めれば、医師数の不足が発生することは当然であり、医師数増とセットで改革を行うべきである。また医師以外の医療従事者も含めた処遇・勤務環境の改善は喫緊の課題である。

〔Ⅱ - 2 - (2)〕 入院患者の他医療機関受診の規制を直ちに撤回すること。

要求理由 入院中の患者が他医療機関の外来を受診した日については、入院医療機関では入院基本料等の基本点数を10～20%あるいは40%減額する取扱いとされ、他医療機関では医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用等を算定できない取扱いとされている。これは、他医療機関の医師の専門的な技術料を不当に削減（減額）するとともに入院患者への専門的な医療を制限するものであり、以下の点を要求する。

① 入院料の減額は行わないこと。

要求理由 療養病棟など包括点数算定の場合であっても、「専門外」は存在する。「専門外」であるとの理由があれば、入院側がいずれの種別の入院料を算定していても、他医療機関受診を認め、入院料の減額を行わないこと。「専門外」の判断は主治医が責任を持って行うこととし、審査等の場面において疑義が生じた場合には、主治医の意見を必ず聴取した上で、医学的見地に基づき行われるものとする。

② 外来側の算定制限を設けないこと。

要求理由 入院側がいずれの種別の入院料を算定していても（DPC病棟入院中の患者であったとしても）、外来側医療機関は全額、自院で診療報酬が請求できるようにすること。

③ 診療情報提供料の算定を双方に認めてさらなる連携を促すこと。

要求理由 算定可能な医療内容の重複を避ける上では、他医療機関受診に際して、むしろ診療情報提供書の発行を義務付けた上で、入院側・外来側双方でその算定を認めること。患者が入院中であるか否かは、当該診療情報提供書により確認する方法を継続させることが必要ではないか。

④ 少なくとも規制の撤回が行われるまでの間、医療機関に非のない外来受診については、医療機関側に責任を負わせないこと。

要求理由 入院医療機関の許可なしに患者や家族が外来受診した場合（いわゆる「勝手受診」）については、医療内容に重複があったとしても、その責は保険者が負うものとし、入院側・外来側いずれからも減点を行わず、医療機関側に責任を負わせない仕組みとすること。

⑤ 保険診療の制度上に歪みのある「合議精算」の規定を廃止し、それぞれの医療機関で実施する行為を評価として認めること。

要求理由 厚生労働省としては患者単位で全身疾患の総合管理が可能かのように想定としているが、病床の機能分化などで医療連携はますます進んでいく。また、合議精算の規定が医療機関同士のトラブルを引き起こしている。そうであるにも関わらず、合議精算で点数表に辻褄を合わせようというのは不合理であり、個別の医療機関の行為を正当に評価すべきである。

そもそも保険医療機関間で費用精算することは、健康保険法の趣旨（療養の給付を担当した保険医療機関が療養の給付に関する費用の請求を保険者に行う）からしても大いに問題である。入院患者が他医療機関を受診した際の費用について「合議によって精算する」という取扱いは1996年改定時にも突然示されたが、診療現場の猛反発により凍結・廃止となったものである。2012年改定時も「入院患者の他医受診」に係る根本問題を解決しないまま、突然、しかも「事務連絡」レベルで導入されたことは問題であり、明確な法的根拠もなく、「合議による精算」の取り扱いが次々に拡大していくことになれば、現物給付の原則、ひいては保険診療の崩壊にもつながるゆゆしき事態である。

⑥ 患者の療養に係る方針策定に当たりカンファレンスが求められる点数について、算定回数の制限を撤廃すること。

要求理由 医学管理の退院時共同指導や、入院点数の入院時支援加算、入退院支援加算の地域連携診療計画加算などの点数は、アドバンス・ケア・プランニングの考えに基づき、患者の意向を踏まえた、多職種による場合も含めたカンファレンスを通じた治療方針の策定を評価する趣旨の点数である。

患者の意向を踏まえたカンファレンスについては、回数が複数回に及ぶことや一定の時間を要する事は日常であり、多職種によるものとなればより多くの時間と人的リソースを割くことが必要となるにも関わらず、「入院中1回又は2回」、「退院時1回限り」との形で算定回数が制限されているのは不合理である。

アドバンス・ケア・プランニングの考えに沿った療養を担保するためにも、患者の療養に係る方針策定に当たりカンファレンスが求められる点数について、算定回数の制限撤廃を求める。

【Ⅱ-2-(3)】診療報酬上における「アウトカム評価」を止めること。

要求理由 回復期リハビリテーション入院料を皮切りに、ニコチン依存症管理料、精神科デイ・ケア等、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算、療養病棟の褥瘡対策加算など、診療報酬上に「アウトカム評価」という成果主義の評価が拡大・強化されてきている。成果が出た結果の対価としての報酬体系は、「療養の給付」の原則から逸脱するものであり、上述のような成功報酬の導入は断じて認められない。

【Ⅱ-2-(4)】特定保険医療材料及びその材料価格について、価格改定に係る調査の際は、大規模医療法人や大型チェーン薬局の客体数よりも、一般の開業医の客体数を多く調査して、多くの開業医が材料価格基準を上回る価格で購入している実態の把握に努めること。

要求理由 特定保険医療材料及びその材料価格について、一般の開業医から「特定保険医療材料の購入価が保険償還価格を上回っており、赤字になっている」との意見が多く寄せられている。そもそも

大規模医療法人や大型チェーン薬局のようにスケールメリットを生かした価格交渉が出来ない上、材料購入時に小分け販売が不可能で、在庫を抱えてしまうこともあるため、どのように価格設定されるかが大きな問題である。従って価格改定時の調査に一般の開業医も加えて、実態把握に努めるべきである。

【Ⅱ-2-(5)】医療資源の少ない地域（特定地域）の対象地域を拡大すること。

要求理由 現在の対象地域は医療圏単位で設定されており、広大な医療圏の中には過疎の地域が含まれていることがあることから、よりきめ細かく対象地域を設定すべきである。

(2) 外来

【初診料・再診料】

【Ⅱ-2-(6)】初・再診料について、以下の対応を行うこと。

- ① 急激な感染症の拡大にも対応できるよう平時から医療提供体制や医院経営に余力が生じる水準まで引き上げること。
- ② 包括評価の拡大を行わないこと。

要求理由 初・再診料の算定に当たり、医療機関は厚生労働省が定義する患者への基本的な診察に必要な物的・人的コストの範疇を超え、24時間対応や各関係機関との医療情報の連携など、まさに全人的な対応が求められる。新型コロナ感染症への対応では平時からの人的・物的余力が不可欠であることも教訓となった。初・再診料は長年にわたり十分な引き上げが行われず、求められる役割に対して評価が著しく低く据え置かれている現状は改善されておらず、一刻も早い改善が必要である。

【Ⅱ-2-(7)】基本診療料における乳幼児加算を引き上げること。

要求理由 小児科以外のどの診療科においても、乳幼児を診療する場合に要求される慎重さや人手・所要時間、保護者の不安及び不満の対応等の困難さは同じであるため、基本診療料における「乳幼児加算」を大幅に引き上げること。

【Ⅱ-2-(8)】外来管理加算について、複数を標榜する医療機関において患者が2以上の傷病で複数を受診し一方の科で処置又は手術等を行った場合でも、他の診療科で外来管理加算の要件を満たせば算定できるようにすること。

要求理由 患者が同日に複数を受診するかどうか等の受診行動は医療機関側では必ずしも調整できず、結果として、外来管理加算の要件を満たす診療と処置等を伴う診療が同日に生じたからといって外来管理加算の算定を認めないことは合理性がない。

【Ⅱ-2-(9)】外来感染対策向上加算及び発熱患者等対応加算、A234-2 感染対策向上加算について、下記の改善を行うこと。

- ① 外来感染対策向上加算について、点数を大幅に引き上げた上で診療の都度算定できるようにすること。また、感染対策向上加算を併せて届出・算定できるようにすること。

要求理由 月1回の算定となったことで、コロナ特例で算定できていた医科外来等感染症対策実施加算（1回につき5点）よりも低い評価となりかねないにもかかわらず、施設基準が非常に厳しい。また、外来感染対策向上加算は診療所でしか届出できないため、病院が感染対策向上加算と併せて届出・算定できるようにすべきである。

- ② 外来感染対策向上加算と感染対策向上加算について、施設基準の大幅な緩和と報酬引き上げを行うこと。特に、新興感染症等への対応（感染患者の受け入れ・発熱患者の診療、ゾーニング・導線分離、訓練、協議など）については、感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の施設基準から除外した上で、保健所の機能強化や国庫負担の投入等により対応を図ること。

要求理由 多くの医療機関が感染対策を充実させることこそ必要である。また、新興感染症等への対応は、患者負担を伴う診療報酬によって措置すべきものではなく、国の負担によって実施すべきものである。

- ③ 発熱患者等対応加算について、外来感染対策向上加算の加算ではなく単独の加算とした上で、点数を大幅に引き上げ、発熱その他感染症疑い患者に対応する場合は診療の都度算定できるようにすること。

要求理由 感染対策向上加算で求められる新興感染症等の発生時における病診連携を含めた体制確保と、日常診療における発熱その他感染症疑いの患者に対する対応とは異なる評価であるべきである。感染対策向上加算を届出できない医療機関でも同線分離等の対応をし発熱等の患者を診療している。また、医療機関で求められる感染防止対策（動線分離や感染防護物資の整備等）の水準は変化していないにもかかわらず、コロナ特例が終了し、十分に評価されない状況となっている。

【Ⅱ-2-(10)】 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 在宅医療の広がりとも相まって、診療所における看護師の確保が困難となっており、地域医療の確保に重大な障害となりかねない状況となっている。病院においても、入院医療の削減やがん治療の外来移行が進む中、外来の人手不足が深刻化している。これまで評価してこなかった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るべきである。また昨今は、医師が異性の患者を診る際に看護師を同席させることが一般的になっており、人件費の補償も求められる。

【Ⅱ-2-(11)】 外来における医師事務作業補助体制加算を新設すること。

要求理由 入院医療では A207-2 医師事務作業補助体制加算が設けられている。他方、近年開業保険医に課せられる事務作業が膨大になっているが、これに対する評価はない。外来における医師事務作業補助体制加算を新設すること。

【Ⅱ-2-(12)】 初・再診料（情報通信機器を用いた場合）について、初診からのオンライン診療は廃止すること。

要求理由 情報通信機器を用いた診療は対面診療と比べ取得できる診療情報が大幅に限定される。疾患の見落とし・見誤りなど誤診の可能性や、重症化の見落としリスクが高まること等は明らかである。安全性・信頼性の観点から認められる状況でない。保団連は、離島や僻地など医療機関へのアクセスが制限される解決困難な場合を除き、初診からの「情報通信機器を用いた診療」の廃止を求める。

【Ⅱ-2-(13) 電話再診料の規定について、急病等で患者又はその看護に当たっている者から連絡を受け、治療上の必要性から他院に必要な情報提供を文書等で行った場合は休日や深夜に限らず、診療情報提供料（Ⅰ）の算定を認めること。

要求理由 日中に急病等で患者又はその看護に当たっている者から電話連絡があった場合も、外来患者の診療を中断し必要な情報提供を行っている。診療に必要な情報提供を行ったことへの評価を休日、深夜に限定するのは不合理である。

【医学管理等】

【Ⅱ-2-(14) 特定疾患療養管理料（B000）について

① 脂質異常症、高血圧症及び糖尿病を、特定疾患療養管理料の対象疾患に戻すこと。

要求理由 従来の特定疾患療養管理料は幅広い内科系慢性疾患を主病として管理しながらプライマリケア機能を担うという地域医療において内科系診療所が求められる役割に適合した点数であった。しかし2024年改定において医療費抑制を目的に患者数の多い高血圧症、糖尿病、脂質異常症が対象疾患から外され、従来の点数が評価する機能を果たせなくなった。3疾患管理の移行先とされた生活習慣病管理料（Ⅱ）は、包括範囲が広く幅広い疾患を管理する体制が保障されていない。2024年改定以前の取扱いに戻すことが合理的である。

② 服薬、運動、栄養等の療養上の指導を要するすべての慢性疾患に対象を拡大すること。

要求理由 疾病の重症化を未然に防ぐ観点からも、痛風、骨粗鬆症、関節リウマチ、変形性関節症等療養上の指導を要する全ての慢性疾患を対象とすべきである。

③ 特定疾患療養管理料（225点・月2回まで）の算定方法を、月1回450点とすること。また初診時から算定を認めること。

要求理由 慢性疾患を抱える患者への長期投薬の増加に伴い、特に内科系医療機関では診療実日数が2日を下回ってきている状況の下で、現行の点数設定では月1回225点しか算定できないケースが増加している。これでは、慢性疾患を長期にわたり管理している医師の裁量権が適切に評価されているとは言い難い。月1回管理を行った場合に、450点（現行の2回分の点数）を算定できるようにすべきである。また初診時において特定疾患の病名が確定すれば指導を行うため、初診時に算定を認めるべきである。少なくとも再診が1月以内にあった場合は、その時点から算定可能とするべきである。

④ 許可病床数100床未満の病院「147点」及び許可病床数100床以上200床未満の病院「87点」を、診療所と同様に「225点（月1回算定であれば450点）」に引き上げること。また、許可病床数200床以上の病院でも算定できるようにすること。

要求理由 地域医療を担う病院の外来機能を保障する観点から、病床数に応じた制限を外した上で、病院の点数を診療所と同じ225点（月1回なら450点）まで引き上げるべきである。

【Ⅱ-2-(15)】小児特定疾患カウンセリング料（B001・4）の4年を限度とする算定制限を廃止すること。

要求理由 対象疾患の中には発達障害など4年では完治しないものもある。4年経過後は、算定できる医学管理の点数もなく、初再診料のみの算定となってしまう。時間をかけ、丁寧にカウンセリングを行っているにも関わらず、それが評価されないことは不合理であるため、4年間という算定制限を廃止するべきである。

【Ⅱ-2-(16)】てんかん指導料（B001・6）（250点）の点数を500点に引き上げるか、或いは、特定疾患療養管理料と同様に「月1回」の算定制限を撤廃して月2回算定できるようにすること。

要求理由 てんかん指導料は小児科・神経科等の専門医が患者又はその家族に対して専門的立場で立てた治療計画に基づき療養指導を行っているにもかかわらず難病外来指導管理料に比べても余りに低いため、評価を引き上げるべきである。

【Ⅱ-2-(17)】難病外来指導管理料（B001・7）（270点）の点数を540点まで引き上げるか、或いは「月1回」の算定制限を撤廃して月2回算定できるようにすること。

要求理由 難病法の施行に伴い、同指導管理料の対象疾患が順次拡大されている中で、保険医は難病患者の医学管理に当たり高度かつ幅広い知識を求められている。また難病患者は慢性疾患、難病の複数疾患を持つ場合が多く、現行の点数では難病に係る指導管理の評価としては低すぎるため、引き上げるべきである。

【Ⅱ-2-(18)】皮膚科特定疾患指導管理料（B001・8）について

① アトピー性皮膚炎を皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）から（Ⅰ）へ移行させ、アトピー性皮膚炎における16歳以上の要件を撤廃すること。

要求理由 アトピー性皮膚炎は患者の精神的苦痛が強く、全身性の合併症が少ないとはいえ、長期に渡りきめ細かな外来指導、生活指導が必要である。メンタルクリニック並みのストレス管理を必要とする患者も少なくない。また、「16歳以上」という制限に関する医学的根拠も不明であり、患者に説明困難であるため、乳幼児加算外の義務教育課程の世代にも対象拡大すべきである。

② ざ瘡（にきび）を皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）の対象疾患とすること。

要求理由 ざ瘡（にきび）は、洗顔、生活習慣など、全体に関わる指導管理が必要なため、外来診療に時間をかける症例も多い。しかし、治療に要する労力に比して患者満足度の低い疾患であり、外来診療に時間をかける症例も多いため、対象疾患に加えるべきである。

【Ⅱ-2-(19) 高度難聴指導管理料（B001・14）について、年に複数回算定を認めること。

要求理由 高度難聴指導管理料の人工内耳植込術を行っていない患者への算定制限が生涯1回から年1回に緩和されたが、筆談などを必要とすることも少なくなく、診療に時間を要するため、さらに年に複数回算定できるようにするべきである。

【Ⅱ-2-(20) 中等度難聴の患者に対する指導管理を実施した場合の点数として、中等度難聴管理料を新設すること。

要求理由 中等度難聴患者に対しては補聴器の装用をはじめとした指導管理に時間がかかる。また、高度難聴に悪化させないためにも中等度難聴における指導管理を行うことは重要である。近年は難聴予防による認知症予防効果も指摘されている。点数を新設すべきである。

【Ⅱ-2-(21) 幼年期弱視や斜視に対する眼科の医学管理料を新設すること。

要求理由 弱視は早期に適切な治療が行われなければ、一生の疾患となってしまう。また強度近視も悪化の進行を止める継続的な管理が必要である。斜視に関しても同様である。現時点ではこうした継続管理に対する評価は存在しないことから、眼科の医学管理料新設を求める。

【Ⅱ-2-(22) 喘息治療管理料2（B001・16）の年齢制限を廃止すること。

要求理由 喘息治療管理料2（B001・16）の対象患者は、6歳未満又は65歳以上の喘息の患者に限定されているが、この年齢制限のため、十分に活用できない現状がある。

【Ⅱ-2-(23) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料1（B001・29）について、左右の乳腺炎別に1回の分娩につき4回算定可能とするか、初回から数か月後の乳腺炎の発症の際には改めて4回算定できるようにすること。

要求理由 再発を繰返し、左右で異なった時期に発症することはよくあるため、算定可能とするべきである。

【Ⅱ-2-(24) 婦人科特定疾患治療管理料（B001・30）について

① 対象疾患に「更年期症候群」を追加すること。

要求理由 器質性月経困難症の患者だけでなく、器質性以外の月経困難症や更年期症候群の患者についても、治療計画に基づく指導管理は重要なため、対象に追加すべきである。

② 毎月算定可能とすること。

要求理由 更年期症候群の患者ではメルスモン投与の場合など毎月の管理が必要となる場合がある。また、ホルモン療法による副作用のため、毎月経過観察を要する患者もいる。

【Ⅱ - 2 - (25)】生殖補助医療管理料（B001・33）について、連携して治療管理を行う点数を創設すること。

要求理由 同管理料について、現在は、主として診療を行う医療機関においてのみ算定できるとされている。しかし、例えば、働きながら治療を受ける患者が、胚凍結や胚移植は主治医が行い、それまでのホルモン療法などは職場近くの医療機関で受ける場合がある。この場合、他院では管理料が算定できないため、連携が進みにくくなってしまう。連携した際の点数を創設すべきである。

【Ⅱ - 2 - (26)】アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料（B001・35）の点数を引き上げること。

要求理由 乳幼児・小児に対しては舌下免疫療法でのシグキア等の口腔内への投与や皮下免疫療法に伴う注射など、医師が時間・人員を割いて行う医療行為が求められるが、現状の点数では評価が低すぎるため引き上げるべきである。

【Ⅱ - 2 - (27)】小児科外来診療料（B001-2）について

① 小児科外来診療料の点数を大幅に引き上げること。また、診療情報提供料や高額な「検査、処置、投薬、注射」の費用は、別途算定できるようにすること。

要求理由 診療情報提供料や、その他の高額な検査（例えば特異的IgE半定量・定量）、処置、投薬、注射の費用（例えばHBs抗原陽性妊婦から生まれた乳児に対する抗HBs人免疫グロブリン注射、沈降B型肝炎ワクチン注射、HBs抗原抗体検査及びHBs抗原陽性妊婦に対するHBe抗原検査など）は別途算定ができない取扱いであり、改善が必要である。診療情報提供については診診・病診連携の促進を図るものであり、地域医療充実に資するものである。

また、小児科では様々な病態を有する6歳未満の幼い患者に対して診療を行うことも多く、人手や時間を要する。地域で小児患者の診療に尽力している保険医の診療技術に対する評価を、大幅に引き上げるべきである。

② 在宅で療養する6歳未満の小児患者については、出来高算定を認めること。

要求理由 NICUから在宅への移行が政策的に実施される中、小児科外来診療料を算定している保険医療機関では、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であっても、何らかの在宅療養指導管理料を算定していない場合、在宅患者訪問診療料・在宅時医学総合管理料の算定は認められず小児科外来診療料に包括されてしまうため、大変不合理である。在宅で療養する6歳未満の小児患者については、訪問診療を行う場合は在宅療養指導管理料の算定の有無に係らず、在宅時医学総合管理料、在宅患者訪問診療料、その他出来高算定を認めるべきである。

③ 小児科外来診療料の算定において、在宅療養指導管理料を算定している患者（他の医療機関で算定している患者を含む）は算定できないとする規定について、「（連携して診療している患者について他の医療機関で算定している場合を含む）」との規定に変更すること。

要求理由 連携先の医療機関が在宅人工呼吸指導管理等の在宅療養指導管理を実施しつつ、自院で出

来高の算定によって継続的な訪問診療等が行える規定であることは重要である。一方で、現状の規定では、連携のない他院で在宅療養指導管理料を算定しているかどうかは必ずしも確認できず、これによって小児科外来診療料の算定ができない場合が生じるため。

④ 短期滞在手術等基本料 1 を算定している月は小児科外来診療料を算定しない規定とすること。

要求理由 6歳未満の患者に対して短期滞在手術基本料 1 の対象となる検査又は手術を行う場合、小児科外来診療料を算定していると同月に短期滞在手術等基本料 1 の算定はできない。在宅療養指導管理料を算定している患者の場合と同様に、短期滞在手術等基本料 1 を算定している月は小児科外来診療料を算定しない規定とすべきである。

【Ⅱ-2-(28) 外来腫瘍化学療法診療料について (B001-2-12)

① 「担当者の24時間院内配置」について緩和すること。

要求理由 近年無床診療所においても外来腫瘍化学療法を扱う医療機関が増えつつある。病院と変わらない体制を整えた医療機関において担当者の24時間院内配置が問題となっている。オンコールや緊急時の受入医療機関との連携を要件に当該要件の緩和を求める。なお、現在事務連絡で外来腫瘍化学療法診療料 2 については既存の外来腫瘍化学療法実施医療機関について、一部当該基準が緩和されているが、外来腫瘍化学療法診療料 1 においても緩和されるとともに、新規参入医療機関が届け出ることができる要件を求める。

② 外来化学療法又は治療に伴う副作用と関連のある傷病に対して自己注射の指導管理を行う場合でも在宅自己注射指導管理料と併算定できるようにすること。

要求理由 事務連絡により、外来化学療法又は治療に伴う副作用と関連のない傷病に対する自己注射の指導管理を行う場合は在宅自己注射指導管理料を併算定できるとの解釈が出されている。しかし、抗がん剤治療に含まれるステロイドにより糖尿病発症や増悪する場合があります、インスリン投与、血糖の自己測定が必要になる患者がいる。化学療法又は治療に伴う副作用と関連のある傷病に対する指導管理であったとしても、在宅自己注射指導管理料を併算定できるようにしてもらいたい。

【Ⅱ-2-(29) 生活習慣病管理料 (Ⅰ) (Ⅱ) (B001-3、B001-3-3) について、原則として、糖尿病、高血圧、脂質異常症を特定疾患療養管理料の対象疾患に戻し、3 疾患の医学管理において特定疾患療養管理料及び生活習慣病管理料のいずれを算定するかは医師が判断できるようにするべきであるが、これが実行されない状況において、下記の改善を行うこと。

① 少なくとも次の医学管理料等の併算定を可能とすること。

- ・ 管理料 (Ⅱ) を算定する場合の、(1)特定疾患療養管理料 (生活習慣病管理料算定日以外)、(2)特定薬剤治療管理料 (B001「2」)、(3)悪性腫瘍特異物質治療管理料 (B001「3」)、(4)慢性維持透析患者外来医学管理料 (B001「15」)、(5)薬剤総合評価調整管理料 (B008-2)、(6)傷病手当金意見書交付料 (B012)、(7)療養費同意書交付料 (B013)、(8)糖尿病が主病の場合で糖尿病以外を対象にした在宅自己注射指導管理料、(9)特定疾患処方管理加算 (F100、F400)。

- ・ 管理料（Ⅰ）（Ⅱ）を算定する場合の、(10)外来管理加算（生活習慣病管理料算定日）

要求理由

- (1) について、生活習慣病管理料の対象疾患の他に特定疾患があり、特定疾患の症状悪化による同月2回目受診等への対応が阻害される恐れがあるため。
- (2) について、診療所でも様々な疾患及び投与薬剤の管理を行っており、これに必要な血中濃度測定と投与量管理が阻害される恐れがあるため。
- (3) について、生活習慣病を主病としながら、がん術後等で腫瘍マーカー検査が必要な患者に対する検査と計画的な治療が阻害される恐れがあるため。
- (4) について、透析患者は高血圧等の合併症を併発する 경우가少なくない。生活習慣病の治療管理と慢性維持透析管理の両立が阻害される恐れがあるため。
- (5) について、多剤投与の見直しが阻害される恐れがあるため。
- (6) 及び(7)について、交付は作業負担が大きく、速やか且つ十分な記載・発行に支障が生じる恐れがあるため。
- (8) について、糖尿病以外を対象とした在宅自己注射が必要な患者はおり、この場合の指導管理料が算定できないのは不合理であるため。また、糖尿病を内服薬で管理している場合でも別疾患対象の在宅自己注射の併算定を認めないことにはとりわけ合理性がない。
- (9) について、特定疾患に対する投薬管理が阻害される恐れがあるため。またそもそも告示・通知で生活習慣病管理料との併算定を不可とする規定がない。
- (10) について、特定疾患療養管理料からの移行が生じことで、生活習慣病管理料の対象疾患に限定されない幅広い内科系慢性疾患を持つ患者への全人的な医療提供に対する評価が必要になっている。また2024年改定において併算定できなくなったのは医療費削減のためでしかなく、合理性がないため。

英独仏各国では診療所は主に初期診療等のみを提供し専門的な診療・検査が必要な場合は病院等に紹介するのに対して、日本では診療所開業医が相当水準の専門医機能を果たしている。この結果、病院の業務負担軽減や病院医療費の抑制につながっている。現場で求められる医療行為を出来高で評価し、こうした体制を後押しすることは、日本の医療提供の実態からも、医療費の膨張を抑制する点からも合理的である。

② 療養計画書の交付等の要件は削除すること。

要求理由 患者との信頼関係の中で共に療養計画を策定し、療養の質を高める患者の意識を引き出すことは重要だ。一方で、保団連のアンケート調査では療養計画書の有用性について「全く役立っていない」「あまり役立っていない」との回答が約6割に上り、現場で効果的な形になっていない。患者に対する文書説明は改正予定の医療法上も努力義務であり、療養計画書の交付等を算定要件から削除し、医師の判断で行うものとすべきである。

③ 生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定してから6月以内は管理料（Ⅱ）を算定できないとする要件を削除すること。

要求理由 生活習慣病管理料（Ⅰ）または（Ⅱ）のいずれにより管理を行うかは、患者の状態等に応じて選択できるようにすべきである。

④ 生活習慣病管理料（Ⅱ）について、月2回の算定を認めること。

要求理由 対象疾患の組み換えによって特定疾患療養管理料から移行を余儀なくされた医療機関が、月2回の管理が必要な患者に対して従来通りの治療管理を継続するため。

【Ⅱ-2-(30)】ニコチン依存症管理料（B001-3-2）の「1」と「2」を「1」に一本化すること。

要求理由 ニコチン依存症に対して行う指導管理内容が変わらないにもかかわらず、算定タイミングの区別という医療機関側の都合で点数を異にしているのは点数表上奇妙である。点数を一本化し、算定・請求上の混乱をなくすべきである。

【Ⅱ-2-(31)】臍ヘルニア圧迫指導管理料（B001-8）について、B001-2小児科外来診療料との併算定を認めること。

要求理由 臍ヘルニア圧迫指導管理料の対象となっている1歳未満を主に診療する小児科においては小児科外来診療料を算定するケースがほとんどであり、小児科外来診療料を算定している場合であっても当管理料の算定を認めるべきである。

【Ⅱ-2-(32)】療養・就労両立支援指導料（B001-9）の対象疾患に「うつ病をはじめとした精神疾患」、「発達障害」を加えること。

要求理由 「うつ病をはじめとした精神疾患」、「発達障害」についても、就労と療養の両立に関する指導が必要であり、対象疾患に加えるべきである。

【Ⅱ-2-(33)】退院時共同指導料（B004・B005）について

① 在宅療養支援病院も「1」の1500点を算定できるようにすること。

要求理由 訪問診療や訪問看護を行う中小の在宅療養支援病院も増加しており、在宅療養支援診療所と同等の評価を行うべきである。

② 在宅への退院を前提に退院時共同指導を行った場合は、死亡退院等の如何にかかわらず算定できるようにすること。

要求理由 退院後の在宅医療を予定していても、患者が亡くなってしまう場合もある。死亡退院の場合には算定できないので、病院に出向いて共同指導を行っても結果として算定できない場合があり、不合理である。

③ 患者の家族等退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できるとされているが、退院時共同指導料は入院中1回の算定となっていることから、別に算定できるようにすること。

要求理由 現状では、患者の退院前に、家族等から退院後の在宅医療提供に関する相談があった場合に、併せて算定できない。患者が入院医療機関から退院する前に、家族等に対して療養上の指導及び相談対応を行った場合は併せて算定できるようにすべきである。

〔Ⅱ-2-(34)〕認知症療養指導料（B005-7-2）の3について、6カ月の算定制限を外すこと。

要求理由 高齢化が進展する中、認知症患者が、日常的に診療を受ける医療機関の医師より、認知症に関する専門的な知見に基づいて継続的に療養管理を受けるための基盤整備が一層求められる。上述のような医療機関の医師による認知症患者への継続的な療養管理への評価としては認知症療養指導料3が設定されているが、最長で6カ月間しか算定出来ず、実態に見合ったものとは言えないため、算定期間の制限を外すべきだ。

〔Ⅱ-2-(35)〕外来排尿自立指導料（B005-9）について

① 入院中に A251排尿自立支援加算を算定していた者が退院後別の医療機関でケアを実施する場合も対象とすること。

② 施設基準を緩和し、一般の診療所が算定できるようにすること。

要求理由 現行の要件では、自院に入院中に A251排尿自立支援加算を算定していた者が、当該医療機関の外来で引き続き排尿ケアを実施した場合のみ算定可能とされ、退院後別の医療機関がケアを実施する場合には算定できない。医療連携促進のためにも、入院医療機関が作成した排尿ケア計画に沿って、退院後の治療を担う医療機関がフォローを行う場合も算定可能にすべきだ。また、現在の施設基準は排尿ケアチームの設置など、一般の診療所には厳しいものであり、併せて基準の緩和も必要である。

〔Ⅱ-2-(36)〕過活動膀胱の行動療法に係る指導の評価について、B001・13在宅療養指導料と同様に看護師の一定の指導時間等を要件に指導料を新設すること。

要求理由 過活動膀胱の行動療法等（生活指導、膀胱訓練、骨盤底筋訓練等）について、数十分単位での看護師の指導時間が生じるとの声が寄せられている。有用な指導であるが、看護師等スタッフの負担にもなっており、B001・13在宅療養指導料と同様に看護師の一定の指導時間等を要件に新設することを求める。

〔Ⅱ-2-(37)〕薬剤総合評価調整管理料（B008-2）について、内服薬の減薬のみを評価するのではなく、薬剤の調整及び説明を行った場合を評価する点数に改めること。

要求理由 保険医療機関に対して減薬推進を訴える国の取組み自体を否定するものではないが、そもそも医師は患者に対して計画的な医学管理、必要な服薬管理等を行っており、こういった医師の診療に係る技術の評価しようとするのであれば、まず初・再診料や外来管理加算の引き上げを行うのが本筋である。減薬のみを取り上げて管理料を設定するような手法は、患者と真摯に向き合っている医師の診療行為自体を貶めるものである。評価するのであれば減薬のみではなく、薬剤の調整及び説明を行った場合と改めるべきである。

〔Ⅱ-2-(38)〕診療情報提供料（Ⅰ）（B009）について

- ① 医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できないとする通知を削除すること。
また、小児科外来診療料の算定患者には算定できないなどの算定制限を緩和すること。

要求理由 医療機関の主治医と学校医等が同一の場合等は算定できない、など制限が多い。小児科医が少ない地域では、1人の小児科医で、近隣地域の学校医等を多数引き受けている場合が少なくない。保険適用となったにもかかわらず、「生活管理指導表」を記載しても何も算定できないことは不合理である。

- ② 学校医等に診療情報提供を行う場合の診療情報提供料の算定対象を、小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者、医療的ケア児・アナフィラキシー既往歴患者・食物アレルギー患者に限定せず、情報提供が必要な患者には幅広く算定できるようにすること。
小児慢性特定疾病医療支援の対象患者については、受給者証の交付がなくても医師の判断により該当し得ることを明らかにすること。

【Ⅱ-2-(39)】薬剤情報提供料（B011-3）について、2024年改定での引き下げを撤回し10点に戻すこと。

要求理由 24年改定での引き下げに根拠がないため。

【Ⅱ-2-(40)】非がん疾患に対する緩和ケアの指導管理を評価した点数を新設すること。

要求理由 緩和ケアの指導管理に係る評価として、B001・24外来緩和ケア管理料が設けられているが、算定対象者の範囲が狭いことや、緩和ケアチームの設置等の施設基準が厳しい等、一般の医療機関では算定が困難である。昨今、慢性閉塞性肺疾患や慢性心不全等、非がん疾患の患者が緩和ケアを必要とするケースは増加している。呼吸器症状の緩和ケアにおいてはオピオイドやコルチコステロイド等の薬物療法の他、送風や酸素療法等の非薬物療法も有効とされており、治療方法は多岐にわたる。その他、せん妄の予防や鎮静等も必要性が高く、緩和ケア医療における指導管理の負担は大きい。

非がん疾患における緩和ケア医療のニーズが高まっている現状をふまえ、無床診療所で実施されている非がん疾患を対象とする緩和ケアの指導管理をいっそう評価するべきである。

【在宅医療】

【Ⅱ-2-(41)】第2部〈通則〉「第1節在宅患者診療・指導料」について、訪問診療又は往診と訪問看護・訪問リハビリの同一日の算定制限を廃止すること。

要求理由

- ① 訪問看護は主治医の医学的判断に基づき、専門職を訪問させて必要な医療上のケアを行わせることを評価した点数項目である。訪問診療・往診と同時に行われるのでない限り、同一日であっても別途算定できるようにする必要がある。
- ② 末期の悪性腫瘍や急性増悪等、患者の状態によって訪問診療あるいは往診の後で訪問看護を行うことが必要になるが、このような場合に訪問看護の費用が算定できないのであれば、重症患者への適切な在宅医療の提供が困難となり、患者に不利益をもたらす。

- ③ 訪問診療または往診を行う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による訪問看護の同一日算定が制限されているが、患者毎の病態に対応できない実態を無視した取扱いは改める必要がある。

【Ⅱ - 2 - (42)】在宅療養支援診療所等の施設基準等について、下記の改善を行うこと。

- ① 在宅療養支援診療所・支援病院に係る「看取り」等の実績要件を廃止するとともに、在宅療養支援診療所以外の診療所の評価を大幅に引き上げること。

要求理由 患者・家族のニーズに応えて真摯に在宅医療に取り組む保険医は、支援診療所に実績要件が課される以前から、当然、必要に応じて患者の看取りを行ってきている。「患者の看取り数（死亡数）」を実績要件として施設基準を満たすことに対し、現場の多くの医師は指標として不適切という思いを抱いている。「看取り件数」については、全ての支援診療所等の要件から撤廃すべきである。また、このような実績要件を以って「強化型」等の在宅療養支援診療所を設定し、保険医療機関間の点数格差を生じさせるのではなく、今まで地域で必要な在宅医療を提供し、患者の看取りを行ってきた保険医療機関の評価こそ適正に引き上げるべきである。

- ② 強化型（連携型）について連携保険医療機関毎に実績要件を課すことはやめ、2014年改定前の取扱いに戻すこと。また、実績期間についても、年度単位でカウントする方法にあらためること。

要求理由 連携型における医療機関毎の実績要件の導入は、グループ内で看取り・緊急往診・病床確保等の各機能を分担して質の高い在宅医療を提供してきた現場の努力を無視し、またチームで在宅を担う人材を育ててきた努力も無駄にさせたものであり、これまでの国による在宅医療推進の方向性とも矛盾している。強化型支援診療所（単独型・連携型）の施設基準は2014年改定以前に戻すべきである。また、少なくとも病床を有する保険医療機関については「緊急時の病床確保」が連携内での主要な役割である点を十分に踏まえ、看取り及び医学管理2件・緊急往診4件の実績要件は外すべきである。実績期間についても毎月スライドして満たさなければならないカウント方法は非常に煩雑であり、現場に負担をかけている。例えば、年度単位でカウントする等の変更を行うべきである。

【Ⅱ - 2 - (43)】強化型（連携型）在宅療養支援診療所・支援病院の施設基準に定められた月1回の担当医師のカンファレンス、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議、病院又は介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議について、ビデオ通話を用いた場合を認めること。

要求理由 退院時共同指導料において、ビデオ通話での共同指導が可能となっていることから、医療従事者間におけるカンファレンスは必ずしも対面でなくてはならないとは考えにくい。対面でのカンファレンスを規定している、2012年4月20日事務連絡にある当該規定は削除するべきである。

【Ⅱ - 2 - (44)】往診料（C000）を大幅に引き上げること。

要求理由 高齢化の進行や地域包括ケア充実を求める患者・国民の声に応える上で、在宅医療の往診需要も高まっている。また、新型コロナで自宅療養を往診によって支援した経験も重要である。在宅

医療充実のために往診料を大幅に引き上げるべきである。

【Ⅱ-2-(45)】往診料（C000）の緊急往診加算、夜間・休日加算、深夜加算について

- ① 別に定める患者（過去60日以内に訪問診療料を算定している患者や外来で継続的に診療している患者等）以外に対する往診料の緊急、夜間・休日、深夜の加算の引き下げを撤回すること。

要求理由 コロナ禍で広がったいわゆる「往診特化ビジネス」のような診療形態を問題視し、かかりつけの関係のない緊急往診に規制を掛けたが、こうした在宅医療専門の医療機関がコロナ禍での病床逼迫、診療所機能の逼迫を緩和した側面があることは事実である。不適切事例があったのであれば、診療報酬以外の方法で対応すべきである。

診療報酬による一律の評価引き下げでは、例えば、医師会等の要請に応じた緊急往診や、継続的な訪問診療の計画を立てたが初回の訪問診療の前に緊急往診となった場合など、適切な緊急往診まで減算となり不合理である。

- ② 「強化型ではない支援診と連携する保険医療機関の取扱い」を復活（新設）させること。

要求理由 往診料の緊急往診加算等については、2016年改定で休日加算が新設されたことは評価している。しかし、2012年改定時に、告示から「若しくはその連携保険医療機関」の文言が削除されたため、従来型の在宅療養支援診療所と連携する支援診以外の保険医療機関が支援診の医師の指示により緊急往診を行っても、緊急往診加算等について支援診の点数が算定できない取扱いは継続されたままとなっている。強化型ではないという理由で在宅医療に取り組んでいる保険医療機関の評価が引き下げられるのは不当であり、従前通り、強化型ではない支援診と連携する支援診以外の保険医療機関も支援診の点数を算定可能にすべきである。

【Ⅱ-2-(46)】C000往診料の緊急往診加算の「別に厚生労働大臣が定める時間」として「概ね午前8時から午後1時までの間とする」との記載を削除すること。

要求理由 現場では診療時間内であれば認められており、実態に合わない規定である。

【Ⅱ-2-(47)】C000往診料の死亡診断加算の点数を大幅に引き上げること。

要求理由 死亡診断は、時間的制約や患者家族への配慮など精神的対応が求められるが、現行の点数では実態に合っていない。

【Ⅱ-2-(48)】在宅患者訪問診療料（C001）について、下記の改善を行うこと。

- ① 同じ診療内容であるにも関わらず、同一建物に居住する、訪問診療患者の人数のみによって点数が変わってしまう同一建物居住者の概念を廃止し、在宅患者訪問診療料は、全ての患者に対して一律888点の評価とすること。

要求理由 診療報酬の点数項目に、同じ診療内容であるにも関わらず、同一建物に居住する、訪問診

療患者の人数のみによって点数が変わる一物二価の評価体系は不合理であり、患者に対しても合理的な説明ができない。在宅患者訪問診療料について「Ⅰ」と「Ⅱ」の区分および今次改定で新設された訪問診療料（Ⅰ）の「2」を廃止するとともに、複数医療機関から訪問診療が必要となる場合は、各々の医療機関で算定できる取扱いとすること。そのほか、例外規定等の複雑な算定要件も整理し、全ての患者に対して一律888点の算定とすべきである。一方で、訪問診療に係る悪質なビジネスについては、国の責任で別途規制に向けた対策を講じるべきである。

② 訪問診療料（Ⅰ）の「2」について、「訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く）を限度」、「月1回まで」とする制限を撤廃すること。

要求理由 複数医療機関からの訪問診療が必要となる場合は、当該患者の疾患等によって、月1回の訪問では疾病管理の質を保てないケースがある。例えば、泌尿器科との連携の際、「尿道カテーテルは2週間に1回の交換が必要。月1回だと敗血症のリスクが高くなり、危険」との指摘や、または、統合失調症や双極性感情障害など精神疾患の患者などで、月1回では病状把握ができないとの指摘が寄せられている。また、慢性疾患や難病等、6カ月では治らない疾病の継続的な管理のために複数診療科の連携が求められるケースもある。患者の病態に応じて医療機関が柔軟に対応できるように、「訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く）を限度」、「月1回まで」とする算定制限は撤廃すべきである。

③ 在宅療養支援診療所・病院以外の在宅患者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 在宅療養支援診療所以外の場合は往診翌日の訪問診療は算定できない扱いとなっているが、往診を行った翌日に訪問診療を要する事例がある。現在の取扱いは在宅医療の円滑な実施を困難にするものであり、在宅療養支援診療所・病院以外の保険医療機関についても改善すべきである。

④ 訪問診療を受ける前に継続的に通院していた保険医療機関からの訪問診療等については、16km制限の例外として認めること。

要求理由 訪問診療等は、保険医療機関の所在地と訪問先の所在地との距離が16km以内とされており、現状では最寄りの医院が16kmを超える場合等の特別な事情がある場合のみ例外が認められている。しかし、患者が通っていた保険医療機関に病気や障害で通えなくなった時に、当該保険医療機関から患者宅に訪問することは、医療の継続性から必要なことである。

⑤ 訪問診療料の算定に当たり、「診療時間」と「診療場所」の診療録への記載義務を廃止すること。

要求理由 「診療時間」と「診療場所」は、そもそも診療録に記載すべき患者の医学的所見とは関係がない。こうした記載項目が、訪問診療を行う患者を多く抱える現場の医師にとって負担になっている点も踏まえ、患者の医学的所見と関係のない項目の診療録への記載義務は廃止するべきである。

⑥ 強化型支援診、強化型以外の支援診に限らず、地域で医療機関同士が連携している場合要件として、以下の内容を認めること。

(1) 在宅ターミナルケア加算の要件である2回以上の往診又は訪問診療の回数に、連携医療機関に

よる訪問回数をカウントできるようにすること。

- (2) 主治医が看取りについて患者又は家族への説明と同意を行ったが、結果的に連携医療機関が看取った場合に、連携医療機関で看取り加算を算定できるようにすること。

要求理由 地域で医療機関が連携して在宅医療の体制を整えるにあたって、地方では、支援診（強化型含む）の届出を行えるほどのマンパワーがないのが実情である。支援診（強化型含む）に限らず、連携して対応にあたっている医療機関に対する要件を整えるべきである。

【Ⅱ-2-(49)】在宅ターミナルケア加算（C000の「4」、C001の「6」、C001-2の「5」）について、以下の対応を行うこと。

① 評価を適正に引き上げること。

要求理由 2012年改定において、在宅ターミナルケア加算に含まれていた看取りの評価を分割し、在宅ターミナルケア加算と看取り加算に再編されたが、支援診・支援病において両加算を算定する場合に点数が引き下げられている。24年改定で往診料の加算としても新設されたことは重要だが、国として在宅における看取りを重視している以上、これらの加算を正当引き上げるべきである。

② 往診料の在宅ターミナルケア加算について、死亡日含む15日間に退院時共同指導を実施しているとの要件を削除すること。

要求理由 例えば訪問診療を行ってきた患者が比較的短期に入院し、退院時共同指導を実施できず、退院後往診のみで死亡した場合は在宅ターミナルケア加算の算定ができず、看取り加算も算定できないのは不合理である。

③ 酸素療法加算の評価を適正に引き上げること。

要求理由 在宅酸素療法を行う場合、使用機器の設置等については医療機関から業者に依頼することになる。現状、業者への支払は月額で3万円～3万5,000円ほどとなっており、酸素療法に必要な機器等の費用を診療報酬でカバーできていない。市場価格を調査した上で保険点数との乖離を解消する点数設定とすべきである。

④ 酸素療法加算の算定をがん患者に限定せず、在宅酸素療法を行った患者には幅広く算定できるようにすること。

要求理由 悪性腫瘍に罹患していない患者であっても、終末期に在宅酸素療法が必要となるケースはある。在宅酸素療法指導管理料の算定要件を満たさず悪性腫瘍でない場合であっても、酸素療法加算を算定できるようにすることは、ACPの観点からも必要である。

【Ⅱ-2-(50)】看取り加算（C000の「4」、C001の「7」）について、評価を適正に引き上げること。

要求理由 2012年改定において、在宅ターミナルケア加算に含まれていた看取りの評価を分割し、在宅ターミナルケア加算と看取り加算に再編されたが、支援診・支援病において両加算を算定する場合に点数が引き下げられている。24年改定で往診料の加算としても新設されたことは評価できるが、国として在宅における看取りを重視している以上、これらの加算を正当に引き上げるべきである。

【Ⅱ - 2 - (51)】在宅時医学総合管理料等（C002）について、下記の改善を行うこと。

- ① 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料を一本化し、単一建物診療患者数の概念を廃止したうえで、最も高い点数に一本化すること。**

要求理由 在宅患者に対する医学管理料は、患者の居住場所により在宅時医学総合管理料と施設入居時等医学総合管理料に区分されているが、療養計画や管理内容は、当該患者の居住場所によって変わることはない。また、単一建物診療患者の人数によって点数が区分されているが、同じ建物に複数の患者がいることで、個々の患者の医学管理内容が変わるわけではない。同様に療養を給付しているにもかかわらず、当該患者以外に診療（医学管理）をする患者がいるかどうか、又その人数が多いかどうかで算定点数が異なることについては、患者にも理由を説明できず、不合理である。「単一建物診療患者数」の概念は、即座に廃止すべきである。

- ② 投薬や処置に係る費用の包括を止めること。**

要求理由 当該管理料が在宅における医学管理を評価した点数であるならば、医師による処置や投薬に関する点数を包括すべきではない。実際の処方や処置行為にあわせて、投薬及び処置の費用は別途算定できるようにすべきである。

- ③ 在宅時医学総合管理料への在宅寝たきり患者処置指導管理料の包括を止め、別途算定できるようにすること。**

要求理由 当該管理料には在宅療養指導管理料のうち在宅寝たきり患者処置指導管理料のみが包括されているが、在宅時医学総合管理料は在宅で療養する患者に対する基本的な管理料であり、個別の技術である指導管理料を包括すべきではない。

- ④ 訪問診療の回数に「往診を含む」とした2014年改定以前の取扱いに戻すこと。**

要求理由 月2回の訪問診療を予定している場合でも、現実には、そのうちの1回が往診となることが少なからずあるため。

- ⑤ 在宅時医学総合管理料の算定医療機関と異なる医療機関において、異なる疾患の管理・指導を行った場合の特定疾患療養管理料等の算定を認めること。**

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、他医療機関との併算定を禁止すれば、患者が必要な専門的治療を受けられなくなる可能性がある。実際に、脳梗塞後遺症の患者で在宅時医学総合管理料を算定している患者が、喘息を発症し呼吸器専門の医療機関で一定期間の治療が必要な場合、呼吸器専門の医療機関では特定疾患療養管理料が算定できない。複数の医療機関により医学管理等が必要な患者については、それぞれ本体の管理料の算定を認めるべきである。

- ⑥ 在宅時医学総合管理料や在宅療養指導管理料について、月途中で担当医療機関が変更された場合、紹介元医療機関と紹介先医療機関がそれぞれ算定できるようにすること。**

要求理由 他医療機関で当該点数を算定していることの確認は全て保険医療機関に委ねられており、確認を怠ると「合議で請求する」ようそれぞれの医療機関に返戻されている。患者の転居等で月途中に紹介されてきた場合、紹介元医療機関で管理料を算定していると紹介先医療機関では点数を算定できず、紹介元の医療機関との合議対応といった事務作業に追われる、合議の相談ができず、何も算定

せずに持ち出しとしているところもあり、極めて不合理である。月の途中で紹介がされた場合は、紹介元医療機関と紹介先医療機関とでそれぞれ算定できるようにするなど、転院による赤字や医療機関同士のトラブルが起こらないような対応が必要である。

⑦ 在宅医療情報連携加算について、ICT を用いなくても、情報の共有を適切に行って計画的な在宅医療を行った場合には算定できるようにすること。

要求理由 ICT を用いなくても情報の共有は可能である。実際これまでも ICT 以外の方法で連携を行っている在宅グループはあり、ICT を用いた場合に限定するのは不合理である。

⑧ 事務連絡（2022年3月31日疑義解釈）により包括するとされた再診料の「情報通信機器を用いた場合」の算定を認めること。

要求理由 在宅時医学総合管理料には基本診療料は包括されておらず、対面診療や電話の再診料の算定は認められているのに「情報通信機器を用いた場合」の算定が認められていないのは不合理である。

【Ⅱ-2-(52)】救急搬送診療料（C004）について、自院入院患者を他院に搬送した場合の算定要件を緩和し必要な全てのケースで算定できるようにすること。

要求理由 自院入院患者の容体急変などの場合があるため、医師の同乗について評価すべきである。22年改定で例外的に算定できるようになったが、要件が厳しく、算定できないケースが多い。医師が必要と判断し同乗した場合には全て算定できるようにするべきである。

【Ⅱ-2-(53)】在宅患者訪問看護・指導料（C005）について、下記の改善を行うこと。

① 介護保険の訪問看護は医療保険に戻すこと。それまでの経過措置として、介護報酬において以下の改善を行うこと。

- (1) 介護保険の訪問看護は区分支給限度額が設定されたサービスから除外すること。
- (2) 介護保険の訪問看護費について、特別管理加算の給付対象となる厚生労働大臣が定める状態にある患者や在宅での注射が必要な患者については、医療保険の訪問看護の対象とし、訪問回数の制限を行わないこと。
- (3) 厚生労働大臣が定める疾患の患者以外の患者であっても、退院後2～3カ月は医療保険の訪問看護の回数制限のない対象者とする。

要求理由 医療が必要な患者に対する訪問看護は、医療保険で給付すべきである。

② 訪問回数の制限を受けない別表第八に掲げる患者であって、要介護被保険者等の患者については医療保険の在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）が算定できるようにすること。

要求理由 別表第八に掲げる患者に関しては、訪問回数の制限がなくなったが、要介護被保険者等の場合は当該状態だけでは医療保険の対象とならない。難病等の回数制限を受けない患者と同様に、別表第八の患者については当然医療保険の訪問看護の対象とすべきである。

③ 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

- (1) 在宅医療の推進には訪問診療や訪問看護の連携が不可欠であるが、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。
- (2) 当該保険医療機関からの訪問看護と訪問看護ステーションからの訪問看護の同一月の併施、2つの訪問看護ステーションによる同一月の訪問看護の併施、当該保険医療機関の訪問看護から月の途中で訪問看護ステーションの訪問看護へ移す場合等、当該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を含め、末期の悪性腫瘍や難病患者以外の患者に対しても、このような形態での訪問看護を認める必要がある。

④ 訪問看護に係る頻回訪問の「限度日数」を撤廃し、医師の判断の下、必要に応じて実施できるようにすること。

要求理由

頻回訪問の必要性及び訪問日数はあくまでも患者の容態によるものであり、急性増悪、終末期等以外でも患者の状態を踏まえ頻回訪問が必要なケースがあることから、頻回訪問の14日間を限度とする規定は撤廃すべきである。

⑤ 長時間訪問看護・指導加算の対象に別表第七（末期の悪性腫瘍、難病など）に掲げる患者を追加すること。

要求理由

難病などの患者については、長時間の訪問看護が必要な場合も多いため、別表第八と同様に加算が算定できるようにするべきである。

【Ⅱ - 2 - (54)】在宅患者訪問点滴注射管理指導料（C005-2）について、下記の改善を行うこと。

① 在宅患者訪問点滴注射管理指導料の「週3日以上」という要件を撤廃し、たとえ週1日であっても患者に対する訪問点滴が必要な場合には、同管理指導料を算定できるようにすること。

要求理由

点滴注射の必要があると医師が判断した場合は、日数要件を設けることなく在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定可能とすべきである。

② 在宅患者訪問点滴注射管理指導料について、対象を点滴注射だけに限らず、皮内、皮下・筋肉内注射や静脈内注射について訪問を行う看護師等に対して必要な管理指導を実施した場合にも算定できるようにすること。

要求理由

在宅の現場では、皮内、皮下・筋肉内注射や静脈内注射も頻繁に実施されているにも関わらず、在宅患者訪問点滴注射管理指導料の対象となる手技が点滴注射のみに実施されることは不合理である。

③ 週1回の算定ではなく、実施日毎に100点を算定できるようにすること。

要求理由

現行の週1回100点の算定では、1週間に複数回点滴を実施する場合等、留置針や点滴回路の費用だけで逆ザヤになってしまう。医師の指導管理に係る評価が適切に行われているとは言い難く、在宅医療の継続を困難にしている。実施日毎（1日毎）に当該管理料を算定できるようにすべき

である。

**【Ⅱ-2-(55)】在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（C006）の点数を引き上げる
こと。**

要求理由 在宅患者訪問リハビリテーションの実施に当たっては、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させてリハビリテーションの観点から療養上必要な指導を実施することが必要になるが、実施内容に対して点数が低すぎるため、点数を引き上げるべきである。

【Ⅱ-2-(56)】第2節第1款在宅療養指導管理料の通則について、下記の改善を行うこと。

① 複数の保険医療機関での在宅療養指導管理料の算定制限を撤回し、それぞれ在宅療養指導管理料の算定を認めること。

要求理由 複数保険医療機関での在宅療養指導管理料の算定制限は、患者の病態により専門の複数医療機関が対応すること多いという現場の実態にそぐわない。患者が他医療機関での受診を申告せずに複数医療機関で算定した場合は、医療機関に非がなくとも返戻となり、医療機関間での合議精算等の対応が非常に負担となっている。

② 同一の保険医療機関において、同一患者に対して複数の在宅療養指導管理を行った場合は、主たる指導管理料と併せて従たる指導管理料について一定の評価を設けること。

要求理由 在宅療養指導管理料は、それぞれの目的や管理内容、機材の使用・注意点等が異なることから、複数の指導管理が必要な場合に主たる指導管理料のみの算定とする取扱いを見直す必要がある。

【Ⅱ-2-(57)】在宅自己注射指導管理料（C101）について、下記の改善を行うこと。

① 在宅自己注射指導管理料について、自己注射の回数による点数設定を廃止し、2014年診療報酬改定前の点数設定に戻すこと。初月から処方薬の注射回数に合わせて算定できるようにすること。

要求理由 2014年以前の点数設定と比較して「月28回以上の場合」は70点、「月27回以下の場合」は170点も引き下げられている。患者に対する指導、効果判定、副作用等に関する管理は、患者の自己注射の回数に関わらず必要であり、引き下げは不合理だ。そもそも自己注射の回数で点数を区分すべきではない。また、指導管理料算定初月は、指導の日から月末までの注射回数に合わせて算定することとなるが、患者の次回来院日やそれに応じた処方期間及び注射回数と食い違いが生じ不合理である。初月であっても処方薬の注射回数に応じた算定ができるよう改善すべきである。

② 在宅自己注射指導管理料の算定要件とされている「在宅自己注射の導入前に、入院又は2回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行った場合に限り算定する。」という通知を撤回し、医師の判断により自己注射を開始できることを明確にすること。

要求理由 在宅自己注射の導入前に、十分な教育期間を取り、指導を行う必要性は認めるが、患者の病態や理解度には個人差があるため、そもそも算定要件とすべきではない。自己注射の導入にあたっての教育期間や指導頻度については、患者の病態や理解度等を勘案して、医師の判断で導入できるようにすべきである。

③ 在宅自己注射指導管理料（C101）について、自己注射導入前における当該薬剤については算定できるようにすること。

要求理由 自己注射開始前に医師が注射した薬剤料まで包括となるのは不合理である。とりわけ、高額薬剤の場合などは医療機関の負担が大きくなる。

④ 在宅自己注射指導管理料の導入初期加算について、一般的名称の変更で算定できる従前の取扱いに戻すこと。

要求理由 2020年度診療報酬改定にて、導入初期加算の薬剤変更時の算定は別表第9に掲げる注射薬に変更があった場合に限られることとなった。しかし、同じインスリン製剤でも、速効型、持続型、混合型等により自己注射の実施、血糖自己測定のタイミングが異なり、改めて指導が必要となる。

⑤ 「在宅血糖自己測定指導料」を新設し、以下の対応を行うこと。

(1) インスリン自己注射を行わず、服薬のみの患者に対しても血糖自己測定の費用の算定を認めること。

要求理由 現在、生活習慣病管理料において、インスリン非使用の2型糖尿病の患者に血糖自己測定値に基づく指導を行った場合、年に1回に限り500点の加算算定が認められているが、継続的に使用できないなどの理由で、実際にはあまり行われていない。しかし、血糖コントロールがなかなか改善していない場合や治療薬を変更した直後などに一定の期間を設けて集中的に血糖を測り、生活習慣の点検、見直し、治療効果の確認などに役立てることは非常に有意義である。

(2) 低血糖の患者にも血糖自己測定の費用の算定を認めること。

要求理由 ダンピング症候群の患者等、低血糖に対するコントロールが必要に患者がいるため。

⑥ 血糖自己測定器加算（C150）と同様、注入器加算（C151）、注入器用注射針加算（C153）についても「3月に3回」算定可能とすること。

要求理由 血糖自己測定器加算（C150）が「3月に3回」算定可能とされているにも関わらず、同様の対象患者が想定される、注入器加算（C151）、注入器用注射針加算（C153）では同様に算定できないのは不合理である。これらの加算に関しても「3月に3回」算定可能とすべきである。

⑦ 血糖自己測定器加算の「月90回以上測定」「月120回以上測定」についてインスリン自己注射中の2型糖尿病についても算定できるように拡大すること。

要求理由 2型糖尿病でも内因性インスリン分泌が低下しており血糖変動が激しく頻回の自己血糖測定が必要になる患者がいる。

⑧ 間歇スキャン式持続血糖モニタリングの適応範囲を GLP-1 受容体作動薬と GLP-1 + GIP 受容体作動薬使用者に拡大すること。

要求理由 GLP-1 作動薬の効果は HbA1c の低下だけでなく、血糖変動の抑制にも影響を与えるた

め、持続的な血糖モニタリングにより詳細な評価が求められる。近年の研究では、CGM の導入により GLP-1 作動薬使用中の患者においても血糖管理が改善し、治療アドヒアランスの向上につながる事が示唆されており、医療費適正化と患者 QOL 向上につながる。

【Ⅱ-2-(58)】在宅酸素療法に係る評価について下記の改善を行うこと。

- ① 在宅酸素療法指導管理料（C103）の算定要件について「高度慢性呼吸不全例のうち」とする対象患者の限定を止めること。
- ② 酸素療法加算の評価について少なくとも酸素濃縮器等の平均的なレンタル価格と同等に引き上げたうえ、他の酸素に係る材料加算とも併算定を認めること。

要求理由 現状、在宅医療において末期の悪性腫瘍患者への酸素療法に対する評価は、在宅酸素療法指導管理料と酸素療法加算のみとなっている。しかしながら、在宅酸素療法指導管理料では、対象患者が「高度慢性呼吸不全例のうち」と限定されている。他方、実態として、「高度慢性呼吸不全例」に該当しないが継続的な酸素療法を要する末期の悪性腫瘍患者は少なくない。こうした患者への酸素療法に係る費用は、医療機関が持ち出しを行うという不合理な実態がある。

悪性腫瘍の患者に対して死亡月に在宅酸素療法を実施した場合の評価として、在宅ターミナルケア加算に酸素療法加算（2,000点）が設けられているが、こちらについても酸素濃縮器等のレンタル価格は高ければ月額4万円程度であり、現状の評価ではレンタル価格の約半分しか手当てされていない。また、同加算は他の酸素に係る材料加算（C157酸素ボンベ加算、C158酸素濃縮装置加算）と併算定することもできない。その結果、こちらも在宅酸素療法指導管理料と同様に一定、医療機関が持ち出しを行わざるを得ないのが実情である。

こうした状況が改善されなければ、必要な患者に在宅酸素療法を実施できない事態が懸念される。

【Ⅱ-2-(59)】在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料（C105-3）について、下記の改善を行うこと。

- ① 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理に用いる注入ポンプに係る評価を新設すること。

要求理由 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理においても、他の在宅療養指導管理料と同様に注入ポンプの使用が必要不可欠であるにも関わらず、同管理料には注入ポンプ加算に係る評価が存在しないのは不合理である。

- ② 「最初に算定した日から起算して1年を限度」とする算定制限を撤廃し、「胃瘻増設術後1年以内に当該栄養法を開始するもの」とする対象患者の制限を緩和すること。

要求理由 算定開始から1年を経過後も当該療法を継続することが医学的に必要とされる患者については算定の継続が必要である。また、胃瘻造設され1年以上経過した後も、経口摂取への見込みがあり、それに向けて在宅での管理が必要な事例もあるため。

【Ⅱ-2-(60)】第2節第2款在宅療養指導管理材料加算について、下記の改善を行うこと。

- ① 気管切開患者用人工鼻加算について、中心静脈栄養法指導管理料の栄養管セット加算

のように、加算で評価したうえで一定の個数以上は特定保険医療材料として算定できるようにすること。

要求理由 2020年8月31日付で出された通知により、喉頭摘出患者に対し、「人工鼻材料」が個数に応じて算定できるようになった。個数に応じた算定もしくは中心静脈栄養法指導管理料の輸液セット加算のように、加算で評価したうえで一定の個数以上は特定保険医療材料として算定するかたちとし、患者の容体に合う治療が行えるようすること。

② 中心静脈栄養法及び在宅における麻薬等注射指導管理、腫瘍化学療法注射指導管理又は強心剤持続投与指導管理を行っている患者に対し、それぞれの注入ポンプ加算を個別に算定できるようにすること。

要求理由 複数の在宅療養指導管理を行い、それぞれの指導管理において注入ポンプを使用する場合があるが、「C161注入ポンプ加算」を算定できるのは2月に2回のみである。物品を実際に複数支給しているにもかかわらず、費用が回収できないのは不合理だ。

③ 死亡月の在宅療養指導管理材料加算の算定を認めること。

要求理由 診療前に死亡した場合、在宅療養指導管理材料加算は算定できないことがある（3月に3回既に算定している翌月に死亡した場合）が、酸素ボンベ等のレンタル料金は当月の指導実施の有無に関係なく請求されるため。

【Ⅱ-2-(61)】在宅人工呼吸指導管理料（C107）の排痰補助装置加算（C170 / 1,800点）を引き上げること。

要求理由 現場では、気道粘液除去装置カフアシストのレンタル料が1万8000円に消費税が加わり、診療報酬1,800点よりも高い逆ザヤ状態となっている。現場の実態を踏まえ、保険医療機関が持ち出しにならないよう、加算点数を適切に引き上げるべきである。

【Ⅱ-2-(62)】在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における「在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算」（C171-2）等について、状況に応じて「3月に3回」を超えて算定できるようにすること。

要求理由 現在「3月に3回に限り算定できる」とされているが、3月に1回の受診で管理している患者が、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する予定月に入院等となった場合、「在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算」等が算定できない月が発生することがあるため。

【Ⅱ-2-(63)】在宅経管栄養法用栄養管セット加算（C162）について、対象範囲を「在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法又は在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者」に限らず算定できるようにすること。

要求理由 従来の算定対象である、在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法又は在宅半固形栄養経管栄養法以外にも、例えば在宅寝たきり患者処置指導管理を実施下でのエンシュアリキッド等の未消化態タンパクを含む薬剤を使用した栄養処置（鼻腔栄養・経管栄養）の場合においても同様の管

理が必要であり、なおかつ消耗品（栄養管は1本約100～150円、ボタン型胃瘻の接続チューブは1本約2,500円、フィーディング・アダプタは1個約2,400円など）が多いにも関わらず、これらの栄養処置に係る費用が管理料に包括されて算定出来ないのは不合理である。

【Ⅱ-2-(64)】在宅で皮膚欠損用創傷被覆材「真皮までの褥瘡」の場合でも算定可能とすること。

要求理由 在宅欄（④）で請求できる皮膚欠損用創傷被覆材の算定要件の1つが「いずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合であって、在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む）（DESIGN-R 分類D 3、D 4 及びD 5）を有する患者の当該褥瘡に対して使用した場合」に算定できるとされており、ルール上は被覆材の「真皮に至る創傷用」は算定対象外となっている。しかし在宅医療の現場では皮下組織には至っていないが真皮までの褥瘡（DESIGN-R 分類D 2）の処置は珍しくはない。在宅で療養中の患者は、低栄養状態のため完治にある程度時間がかかることから、「真皮に至る創傷」にも被覆材は必要である。

【Ⅱ-2-(65)】特別養護老人ホーム等入所者の医療について、下記の改善を行うこと。

- ① 医療保険での算定の範囲を拡大すること。少なくとも、（1）特養入所者に対する医学管理等や施設入居時等医学総合管理料、在宅療養指導管理料に係る診療報酬は、算定できるようにすること、（2）配置医師が、担当する施設の患者に対して実施する、必要な通院治療の診察料に対しては、緊急時や急性増悪時でなくても算定を認めること。

要求理由 1990年代までの特別養護老人ホームは、高齢者が配置医師による健康管理などを受けつつ生活を送ることを目的とした福祉施設であった。しかし近年進んだ入院から在宅への移行施策によって、特養入所者等に対する医療の必要度は格段に高まっている。こうした中、配置医師としての評価は以前のまま放置され、診療報酬面でも現行の給付調整では、診察料から指導管理、在宅時医学総合管理料、在宅療養指導管理料などの疾病に関する管理料の算定が原則認められない。その他、必要な通院治療においても、初・再診料、特定疾患療養管理料など通常の請求も認められないなど問題は多岐に渡り、早急な改善が必要である。

- ② 特養入所者に対する医療保険の看取り加算と、介護保険の看取り介護加算の双方の算定を認めること。

要求理由 特別養護老人ホーム入所者に対する看取り加算については、特別養護老人ホームで介護保険の看取り介護加算（Ⅱ）が算定されている場合は算定できない。国は「看取り」期における対応を重視しているわけであるから、双方が評価されてしかるべきである。

- ③ 短期入所生活介護の利用者に対する在宅患者訪問診療料について、急性増悪で一時的に週4回以上の訪問診療が必要な患者については利用開始から30日を超えても算定できるようにすること。

要求理由 短期入所生活介護は本来30日以内の利用を想定したサービスではあるが、特養待機者が要介護3～5で25.3万人（うち約6割が在宅以外（＝入院又は施設入所等））、さらに特例入所の対象者（要介護1又は2）で入所待機中が2.2万人（※2022年12月厚労省発表）で、実態として短期入所

生活介護を長期にわたって利用せざるを得ない患者がいる。急性増悪で一時的に週4回以上の訪問診療を行っている患者については、特に通常の健康管理とは別に訪問診療計画に基づく管理が必要となることから、30日を超えても在宅患者訪問診療料等を算定できるようにすべきである。

【Ⅱ-2-(66)】 介護老人保健施設入所者に係る診療料の施設入所者共同指導料について、診療所でも算定可能とすること。

要求理由 施設入所者共同指導料の現行の要件は、併設医療機関以外の病院で老健退所後の療養を担当する医師が老健施設の医師と共同して指導を行った場合に算定するとの形で算定可能な医療機関は病院に限られる。しかし、実態は老健退所後の患者は、病院に限らず、むしろ診療所の医師が療養を担当する場合が多く、診療所でも算定できるようすべきである。

【Ⅱ-2-(67)】 小規模多機能型居宅介護又は複合型サービス（宿泊サービスに限る）を受けている患者について、以下の改善を行い、自宅と同様の取扱いとすること。

① サービス利用開始後30日に限って在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料及び在宅患者（同一建物居住者）訪問看護・指導料を算定できるとした取扱いを止めること。

② サービス利用開始前30日以内の訪問診療等の算定を必要とする取扱いを止めること。

要求理由

- ① 小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスにおける宿泊サービスは、本来、介護をする家族等のレスパイトケア等を想定した一時預かりサービスではあるが、現実的には長期入所が必要であるにもかかわらず適切な施設に空きがない等の理由から、長期間にわたって当該宿泊サービスを利用せざるを得ない患者がいる。
- ② 介護の受け皿不足等のため、当該宿泊サービスを長期間にわたって利用せざるを得ない患者であっても、自宅等で療養する患者と同じく、定期的な訪問診療や医学管理を必要としている。末期の悪性腫瘍の患者に限らず、訪問診療等の日数制限を設けるべきではない。
- ③ 2015年の介護報酬改定において、小規模多機能型居宅介護費に「看取り連携体制加算」が新設されており、対象患者については、当然、保険医療機関からの訪問診療が必須となる。当該施設を看取りの場としても認めるのであれば、在宅患者訪問診療料の算定を利用開始から30日以内に制限することとは誠に不合理といえる。
- ④ 2020年改定で、退院日から宿泊サービスを利用する場合については緩和されたが、宿泊サービス利用開始前30日以内の訪問診療料等の算定要件も廃止すべきである。小規模多機能型居宅介護の通いサービスや訪問サービスを利用しつつ外来受診していた患者が、新たに宿泊サービスも利用することになった。この場合、状態の悪化等で通院困難な状態であったとしても、宿泊サービス利用開始前30日以内に在宅患者訪問診療料等の算定がなく、当該宿泊サービス利用中に訪問診療料が算定できない事態が生じている。

【Ⅱ-2-(68)】 医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が点滴又は処置を実施した場合の薬剤料、特定保険医療材料料、及び検体採取した場合の検体検査実施料の算定について、施設に配置されている看護師等も含まれる

ことを明確化すること。

要求理由

- ① 医科点数表の初・再診料、在宅医療及び検査の通則において、医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が点滴又は処置を実施した際の薬剤・特定保険医療材料及び検査のための検体採取を行った場合の検体検査実施料が算定できるとされている。
- ② 通知「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」で規定されている配置医師のいる施設は、当該施設の看護師等が行った点滴又は処置等における薬剤料、特定保険医療材料、検体採取した場合の検体検査実施料が算定できるとされている。
- ③ 介護保険で医師又は看護師の配置が義務付けられている「特定施設」は、介護保険の訪問看護は行えず、医療保険の訪問看護も「医療保険と介護保険の給付調整」により制限を受けている。訪問看護が制限されている「特定施設」では、施設の看護師等による点滴や処置等が必要なケースがあるが、上記②の通知の対象ではないため、施設看護師等による点滴・処置等における薬剤料、特定保険医療材料、検体検査実施料の取扱いが不明確である。
- ④ 2018年度診療報酬改定で施設入居時等医学総合管理料に新設された包括的支援加算は、「介護保険の特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態」の者も算定対象者としており、施設看護師等による処置等が実施されることを前提としているはずである。特定施設の看護師等が注射又は処置を行った場合の薬剤料や特定保険医療材料は、初・再診料、在宅医療の通則により算定できることを明確化すること。

【Ⅱ-2-(69)】介護老人保健施設入所者に対して投薬及び注射の費用を出来高で算定できるようにすること。

要求理由

- ① 介護老人保健施設入所者については、別に厚生労働大臣が定める薬剤以外の投薬・注射に係る費用は算定できないとされているが、近年は抗悪性腫瘍剤以外にもサモスカ、抗パーキンソン薬、抗凝固薬など高額な薬剤が増えており、施設の薬剤費負担が過大となっている。施設が薬剤費の持ち出しを避けようとするれば、これらの薬剤が必要な患者は入所できないか、必要な薬剤の投与の中止を求められるケースが報告されており、患者の受療権が侵害され、重大な人権侵害になりかねない。医療機関が処方指示した薬が老健では採用されず、専門診療科の医師の意図した薬剤とは違うものが使用されるとの報告もあり、患者が診療科ごとの専門的な治療が受けられなくなる恐れがある。
- ② 病院から施設・在宅への流れの中で、急性期病院から退院後に直接在宅へ帰ることができず、老健等の施設を経て在宅へ移行する患者が増えている。急性期病院で使用していた高額な薬剤を投与されたまま、施設へ転院してくる患者の薬剤費負担が施設に重くのしかかっている。

【Ⅱ-2-(70)】在宅医療で使用される薬剤料・特定保険医療材料について、下記の改善を行うこと。

- ① 購入価格が材料価格や薬価を上回らないよう、実態を把握・調査のうえ、措置すること。

要求理由 在宅医療の現場では、明らかに医療機関側の医療・衛生材料等の持ち出し部分が多く、経営を圧迫し、在宅医療の提供に対するモチベーションを下げている。こうした厳しい医療現場の実態を把握・理解したうえで、購入価格が材料価格や薬価を上回らないよう、措置した上で、医療上の必要に応じて請求できるようにすべきである。例えば、特殊カテーテル加算の併算定については、病態によっては数種類のカテーテルを使用する場合があります、例えば再利用型カテーテルと間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを併用した場合では主たるものしか算定できず、片方は完全な持ち出しとなるため併算定を認めてもらいたい。

② 在宅療養指導管理料において、「含まれる」とされる処置、注射の費用について、薬剤料及び特定保険医療材料は別途算定できるようにすること。

要求理由 在宅の特定保険医療材料や薬剤として請求できないものについては、別途請求できなければ、処置や注射が必要な患者ほど保険医療機関の負担が重くなるといった矛盾が生じる。例えば、在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者については、褥瘡に対する創傷処置として皮膚欠損用創傷被覆剤を使用した場合に特定保険医療材料が算定できない。

③ 必要な医療材料費・薬剤費は包括扱いすることなく、特定保険医療材料等で別に請求できるようにすること。とりわけ、在宅医療で使用する頻度が高い医療材料等については、在宅で使用する特定保険医療材料として保険請求できるようにすること。

要求理由 下記のような具体例が現場から報告されており、特に早急な改善を要する。

- ・在宅医療で使用する蓄尿バック（ウロバック等）、処置等に用いるディスポーザブルカテーテル、チューブ類、消毒薬等については、特に使用頻度が高く、特定保険医療材料として償還価格を設定することが必要である。
- ・在宅医療の部の皮膚欠損用創傷被覆材については、皮下組織に至らない場合でも算定できるようにする必要がある。

④ 医師の指示の下で看護師が行った注射の薬剤料についても、現場で必要とされるものは制限なく請求を認め、通知でも明確にすること。

要求理由 例えば現在はブドウ糖は在宅医療の現場で需要があるが、請求できる薬剤として明記されていない（電解質製剤に含まれる）ため請求できないとの誤解が生じている。また、血液凝固阻止剤や生理食塩水は在宅血液透析患者に対する使用や薬液の溶解や希釈に限定されているが、ヘパリンロック等の目的で広く使用されている。医師が必要と判断した注射は制限なく請求を認め、通知でも明記するべきである。

【検査】

【Ⅱ - 2 - (71)】 時間外緊急院内検査加算を在宅で実施した場合でも認めること。

要求理由 当該加算は在宅で実施した場合は対象外である。令和6年9月30日に公表された支基金の取り扱いで「インフルエンザは、潜伏期間が短く感染力が強いため、迅速な対応が必要であり、インフルエンザウイルス抗原検査等により迅速に診断し、速やかに抗インフルエンザ薬治療の要否を決定することが肝要である。」として処置・手術の算定がない患者における当該加算の算定を原則として認めた。在宅でも迅速診断は同様に肝要であり、最低でも迅速診断できる検査についても在宅で認

めるべき。

【Ⅱ-2-(72)】検体検査の点数を大幅に引き上げること。

要求理由 昨今の物価高騰に伴う検査キットの値上がりに診療報酬点数が対応できておらず、結果として検体検査の実施が逆ザヤとなる事例が散見されている。特に、マイコプラズマ、インフルエンザ、アデノウイルス、そして新型コロナウイルス等の感染症は感染拡大期において、検査キットの値上がり幅が大きくなり、逆ザヤが一層大きくなっている現状がある。また、昨今検体検査の点数が経年的に引き下げられ、委託検査会社の経営も厳しくなった結果、地方の医療機関を中心に検査委託会社より回収費用の名目で追加の負担を求められる等のしわ寄せが生じている実態も報告されている。安定的な検体検査の実施の観点からも、検体検査実施料の点数を大幅に引き上げるべきである。

【Ⅱ-2-(73)】検査・処置等に障害のある方へ特別な対応を評価すること。

要求理由 生体検査や処置について、障害のある方に対し特別な対応が必要となる。歯科点数表には「歯科診療特別対応加算」として、「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態」等の患者への対応が一定評価されている。医科でも特に生体検査や処置について特別な対応を評価するべきである。

【Ⅱ-2-(74)】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、結果も含めた必要な情報を患者に提供できた場合は、文書提供を実施した場合に限らず、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、心筋トロポニン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である。

【Ⅱ-2-(75)】生体検査につき、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である。

【Ⅱ-2-(76)】尿中一般物質定性半定量検査（D000）について、「医療機関内で行った場合」との規定を外し、在宅で行った場合でも算定できるようにすること。

要求理由 在宅医療でも行われており、医療機関内に限定する合理的理由もないため。

【Ⅱ-2-(77)】尿沈渣（鏡検法）（D002）と尿沈渣（フローサイトメトリー法）（D002-2）について、外部委託した場合においても算定できるようにすること。

要求理由 当該医療機関内においてしか算定できず、検査委託料が全て医療機関の負担になってしまうため。

【Ⅱ-2-(78)】血液形態・機能検査(D005)のヘモグロビンA1c(HbA1c)の適応病名を「耐糖能障害」や「耐糖能異常」に拡大すること。

要求理由 経過観察、糖尿病発症予防の見地から数か月に1度のHbA1c測定は意味がある。

【Ⅱ-2-(79)】造血器腫瘍遺伝子検査(D006-2)における、検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)または(Ⅳ)の施設基準を廃止すること。

要求理由 病院から紹介を受けた患者を継続的にフォローする場合に、造血器腫瘍遺伝子検査を実施する必要があるが、検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)または(Ⅳ)の施設基準が壁となり、必要な検査にも関わらず算定できないという不合理な実態がある。一般的な診療所で同加算の(Ⅱ)、(Ⅲ)または(Ⅳ)の基準、特に人員面での基準を満たすことは難しい。

【Ⅱ-2-(80)】不妊治療で用いる染色体検査(D006-5)「2 流産検体を用いた絨毛染色体検査を行った場合」について評価を引き上げること。また、施設基準の緊急手術要件は廃止すること。

要求理由 D006-5染色体検査「2 流産検体を用いた絨毛染色体検査を行った場合」について、助成制度で行われていた評価よりも引き下がり、点数分の収入のほぼ全てが検査の委託料として消失しているとの指摘が寄せられている。また施設基準についても、当該検査は、そもそも流産後の吸引した検体を用いるため、緊急手術の要件は不要であることから廃止すべきである。

【Ⅱ-2-(81)】D008内分泌学的検査の41. エリスロポエチンの算定対象となっている「重度の慢性腎不全患者」から「重度の」を除くこと。

要求理由 「重度」とまでいえない、eGFRの値が保たれている場合でも、尿細管障害などエリスロポエチン産生が低下して貧血となる場合がある。

【Ⅱ-2-(82)】ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定性・定量・半定量(D008)について、不妊治療の妊娠判定を目的とする場合にも認めること。

要求理由 現在は異所性妊娠等の病名が付かなければ算定できないが、不妊治療での妊娠の早期診断等にも有効なため。

【Ⅱ-2-(83)】RSウイルス抗原定性、ノロウイルス抗原定性(D012)のような感染力が強くかつ社会生活にも著しく影響を与える危険性のある感染症に関する検査については年齢制限を撤廃すること。

要求理由 R Sウイルス感染症、ノロウイルス感染症は感染力の強さやその拡大スピードなどの観点で地域社会全般にも多大な影響をもたらす可能性が極めて高い。ウイルス感染の早期発見並びに感染拡大による被害の最小化のためにも、これらのウイルス検査については、年齢制限を撤廃すべきである。

〔Ⅱ-2-(84)〕グロブリンクラス別ウイルス抗体価（D012）同一ウイルスについてIgG型ウイルス抗体価およびIgM型ウイルス抗体価を測定した場合の算定制限を撤廃し、両方とも算定できるようにすること。

要求理由 初回診察で確実な診断をするためには、ペア血清（IgGとIgMを両方検査）が必要となるため、状況に応じて両方算定できるようにすべきである。

〔Ⅱ-2-(85)〕COVID-19、インフルエンザウイルスに対する抗原検査、PCR検査に係る診療報酬上の評価について下記の改善を行うこと。

① 点数を引き上げること。

② 検査料を包括する入院料、医学管理料の包括外として、出来高算定を認めること

要求理由 COVID-19、インフルエンザウイルスは、定期的に一定規模の感染拡大が繰り返されている。特にCOVID-19感染症は後遺症が残る危険な疾患である点に留意すべきである。また、当該検査に用いる検査キットは昨今の物品高騰に伴い、経年的に価格が上昇する傾向にあり、検査キット費用が各種検査料に肉薄する状況である。各種検査に関する評価は、単に検査キット費用のみならず、様々な追加の感染対策等を講じ、危険を顧みず、「疑い」も含めた各種ウイルスの感染症患者を診療する医療機関の危険手当であることを再認識すべきである。〔Ⅱ-2-(76)〕尿中一般物質定性半定量検査（D000）について、「医療機関内で行った場合」との規定を外し、在宅で行った場合でも算定できるようにすること。

〔Ⅱ-2-(86)〕排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（D017）について以下の改善を行うこと。

① 点数を引き上げること。

要求理由 細菌顕微鏡検査は細菌培養同定検査と併せて原因菌を迅速に特定し、適切な抗菌薬を決定するなど、治療方針を立てるうえで重要な検査であり、経験と技術が問われる検査であるにも関わらず、依然、点数は低い状況であり、さらなる引き上げを求める。

② 2箇所以上の請求を認めること。

要求理由 治療の妥当性を担保するためには積極的な検査が必要である。2箇所以上の請求を認めるべきである。

〔Ⅱ-2-(87)〕超音波検査で同日でも断層撮影法・口その他の場合で（1）胸腹部、（2）下肢血管、（3）その他をそれぞれ実施した場合に併算定可能にすること。

要求理由 別の部位で別の疾患を疑って実施しても同日だと主たるものしか算定できないのは不合理である。

【Ⅱ - 2 - (88)】 不妊治療で行う超音波検査は学会等の意見も踏まえ複数回行った際も認められるよう通知等で定めること。

要求理由 不妊治療が保険適用されたことにより、超音波検査は審査上制限が加わり自由診療で行っていた時よりも制限が多く、審査支払機関の裁量で減点されることがある。妊娠率を高めるためにも複数回の超音波検査は必須である。学会などの意見も踏まえ必要な回数が認められるよう診療報酬で規定すべきである。

【Ⅱ - 2 - (89)】 残尿測定検査（D216-2）について、下記の改善を行うこと。

① 算定対象について排尿障害を来す病状（疾患）に拡大すること。

要求理由 「尿道狭窄」「前立腺がん」「尿道結石」なども排尿障害の原因となる点を踏まえ、対象を「排尿障害を来す病状（疾患）」にすべきである。

② 対象疾患に、夜尿症・遺尿症を追加すること。

要求理由 小児患者で夜尿症・遺尿症と脊椎疾患からくる排尿障害との鑑別診断のために残尿測定を行う場合があるが、通知上対象疾患が「前立腺肥大症、神経因性膀胱、過活動膀胱」に限定されており算定できないため改善を求める。

③ 「2 導尿によるもの」の点数を外来管理加算の52点以上に引き上げたうえ、「1 超音波検査によるもの」の点数も現状より更に引き上げること。

要求理由 同検査は外来管理加算の算定対象外であり、特に「2」に関してはカテーテルを用いた手技や保険医療材料が必要であるにも関わらず、カテーテル費用は手技料に含まれており、評価が著しく低いといわざるを得ない。「2」の点数を少なくともカテーテル費用を踏まえた水準にまで引き上げたうえ、更にそれに従って「1」の点数も現状の55点より更に引き上げるべきである。

【Ⅱ - 2 - (90)】 経皮的動脈血酸素飽和度測定（D223）について、

① 局所麻酔時にも必要に応じて算定できるようにすること。

要求理由 一定量の麻酔薬を使用する局所麻酔により手術を実施した場合など、静脈麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を実施中の患者以外にも SpO₂ 測定が医学的に必要な患者は多い点も踏まえ、医師が必要と判断した場合は全て算定できるようすべきである。

② 鎮静下で内視鏡検査を行う場合にも算定できるようにすること。

要求理由 内視鏡検査時の SpO₂ や心電図検査等は、呼吸器疾患・心疾患等の基礎疾患がないと算定が認められないが、内視鏡検査の通則において、「鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等で患者の全身状態の把握を行うこと」とされており、当該検査を適切に評価すべきである。

【Ⅱ-2-(91)】終夜睡眠ポリグラフィー（D237）（携帯用装置を使用した場合）について、口腔内装置を製作した場合は、6月に1度の要件を廃止し、製作後早期に検査が算定できるようにすること。

要求理由 現行規定により PSG により睡眠時無呼吸症候群と診断し、歯科でマウスピースを製作した場合、歯科医療機関からの依頼により PSG を実施しても、前回検査日（診断時の検査）から6月経過していないと査定される不合理がある。製作した口腔内装置が正常に機能していなければ装着する意味がなく、その判定は製作後早期に行う必要がある。また、マウスピースを調整したり作り直したりした場合にも効果判定のために検査が必要となる。前回検査日から6カ月経過していなくとも算定できるよう改善を求める。

【Ⅱ-2-(92)】耳鼻咽喉科学的検査、眼科学的検査について、生体検査料の告示の通則2の乳幼児加算を新設すること。

要求理由 これらの検査の幼児への実施は成人と比べて非常に時間を要するケースが多いにもかかわらず、それらの手間を評価する加算が存在していない。特に眼科では、こうした状況から小児眼科を志す医師が減っているとの報告もされている。

【Ⅱ-2-(93)】色覚検査（D267）について、色覚異常に関する患者・家族への長時間の説明を評価し、点数を引き上げること。

要求理由 色覚異常について「異常」という言葉が災いして子どもに悪影響を与えることがあり、説明書を渡して学校生活への影響、就職先への制限など、子ども・親への丁寧な説明が求められ、時間を要するケースが多い。患者・家族への丁寧な説明と生活指導への対応を評価し、当該検査料を引き上げるべきである。

【Ⅱ-2-(94)】コンタクトレンズ検査料（D282-3）について、検査料を一度でも算定した患者は、他の疾患で新たに診察した場合でも「コンタクトレンズ装用が続く限り初診料が算定不可」との誤った解釈の余地が生まれないよう、分かりやすい告示・通知とすること。

要求理由 告示注3および注3をより具体的に定めている留意事項通知（4）では、過去にコンタクトレンズ検査料を算定した患者であっても、今回コンタクトレンズ検査料を算定しない場合は、初診料の算定が可能であることは明らかである。実際、審査支払機関では初診料の算定につき、異なった解釈での査定が長年行われており、誤った解釈により過去に一度でもコンタクトレンズ検査料を算定した患者は、長期間受診がない場合や、今回の受診がコンタクトレンズの装用が目的でなくても一生涯、初診料は算定不可となる極めて不合理な査定が行われており、明確な記載が必要である。

【Ⅱ-2-(95)】ダーモスコピー（D282-4）の算定要件について下記を改善すること。

① 有用である疾患について行った場合にも算定できるよう対象疾患を追加すること。

要求理由 同検査は色素性皮膚病変以外の皮膚腫瘍（良性、悪性）など、様々な皮膚疾患、の鑑別や治癒判定にも有用と報告されている。エビデンスの認められる対象疾患は更に追加すべきである。

② 経過観察の目的で行った場合の4カ月に1回との算定制限を撤廃すること。

要求理由 悪性が疑われる場合などは初回診断後も1カ月後以内の再検査が必要な時もあり、悪性度の高い色素性疾患は手遅れになると生命にも関わり、訴訟のリスクも高まる。4カ月に1回と算定を制限する現行の要件は、医学的・社会的にも不合理である。経過観察の目的で行った場合にも必要に応じて算定できるように要件の見直しを求める。

③ 新たな別疾患に対して必要があって行った場合は、前回の実施から1月が経過していなくとも、別途算定できるように認めること。

要求理由 別部位・別疾患に対しての検査まで包括されるのは不合理である。

【Ⅱ-2-(96)】皮膚貼布試験、薬物光線貼布試験、最少紅斑量（MED）測定（D291）の点数を適正な水準に引き上げること。

要求理由 皮膚貼布試験、薬物光線貼布試験、最少紅斑量（MED）測定の手技は、特殊、煩雑であり、検査に長時間を要する。また、判定には皮膚科学的専門性が必要不可欠である。したがって、皮膚貼布試験、薬物光線貼布試験、最少紅斑量（MED）測定を皮内反応検査などの項目と同列の点数とせず、例えば、特異的IgE半定量・定量1検体110点並みまで適正な引き上げを求める。

【Ⅱ-2-(97)】PPE着用が必要な内視鏡検査等の点数を引き上げること。

要求理由 今後より一層の感染症対策が必要とされる点を踏まえ、PPE着用が必要な内視鏡検査や手術等の点数を引き上げること。

【Ⅱ-2-(98)】血液採取（D400）について、検査の種類にかかわらず行った検体採取方法に基づく算定を認めること。

要求理由 末梢静脈が細く、何回か静脈からの採血を試みるも採取できず動脈血を採取して血液検査を行った場合で、理由をコメントして動脈血採取を算定したが動脈血を用いる検査でないとの理由で認められない不合理事例が寄せられている。検査項目で一律に審査するのではなく、医師の裁量を認め、事情があって静脈血採血ができなかった場合等にも算定できるようにすべきである。

【Ⅱ-2-(99)】鼻腔・咽頭拭い液採取（D419の「6」）について、同一日に複数回採取し、複数種類の検査を実施した場合は、実施回数分の算定を認めること。

要求理由 点数表告示では「1日につき1回の算定となる」とは読み取れないにもかかわらず、事務連絡で制限をかけるのは極めて問題だ。特に小児科では、高熱（不明熱）がある場合、インフルエンザ、RSウイルス、アデノウイルス、ヒトメタニューモウイルス、溶連菌、マイコプラズマ、クラミジア等、複数の感染症を疑い、重症化予防のための迅速な診断の観点から検査することがある。また

インフルエンザを疑っている場合等、ワンエピソードで1日に2回採取・検査することもあり、その費用はその都度発生する。検体は使い回しも不可能であり、必要があり検体採取した場合の技術料は認めるべきである。

【画像診断】

【Ⅱ-2-(100)】 他医撮影のCT・MRIフィルムにかかる診断料や内視鏡検査に係る診療報酬の算定について、初診料を算定した日に限る旨の規定を見直し、再診時でも医学的に必要があって診断をつけた場合は労災診療と同様に算定できるようにすること。

要求理由 CT・MRIの撮影依頼を他医に行った場合、撮影を行った医療機関では専門的な診断まで下すことができないこともあり、改めて自院で診断をつける必要がある場合も多い。再診の場合、診断をつけているにも関わらず、診断料が算定できないことは不合理である。

【Ⅱ-2-(101)】 在宅でのポータブルレントゲン撮影の評価を行うこと。

要求理由 レントゲン撮影は在宅医療における評価がない。外来に比べ在宅でのレントゲン撮影は容易ではないので、別に評価されるべき。

【投薬】

【Ⅱ-2-(102)】 調剤料について、少なくとも調剤報酬の薬剤調整料と同等の水準まで引き上げること。

要求理由 業務内容は同等であれば、評価されるべき診療報酬の水準も同等であるべき。

【Ⅱ-2-(103)】 調剤技術基本料の評価について、

- ① 調剤基本料1と同等の水準にまで評価を引き上げること。
- ② 1処方ごとに算定可能とすること。
- ③ 同月に処方箋交付があった場合でも、薬剤師の管理下で調剤があった日は算定可能とすること。

要求理由 調剤技術基本料の算定に当たっては、常勤の薬剤師配置という厳格な人員配置基準が求められるにも関わらず、月1回14点（入院外）はあまりに低すぎるため。

【Ⅱ-2-(104)】 処方箋料を2024年改定以前の水準に戻すこと。

要求理由 引き下げるに当たっての根拠は存在せず、極めて不当な取扱いである。

【Ⅱ-2-(105)】 通則に定める湿布薬の処方枚数の制限を撤廃すること。

要求理由 湿布薬の処方は、枚数、グラム数、大きさ等、治療部位によっても使用する枚数が異なり、算定枚数に上限を設けるのは医師の裁量の侵害である。湿布薬の処方枚数制限は即時撤廃するべ

きである。

〔Ⅱ - 2 - (106)〕 湿布薬処方について「1日用量又は投与日数」の処方箋記載の義務付けはやめること。

要求理由 外用薬は総量で処方するのがルールであり、他の外用薬との整合性が取れない。現実の製剤の規格と合わない（割り切れない）状況も生じており、不合理な記載事項による事務負担を増やすべきではない。総量記載とすべきである。

〔Ⅱ - 2 - (107)〕 向精神薬多剤投与及び向精神薬長期処方に係る減額規定を廃止すること。

1 処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合に減額する規定や算定制限、不安又は不眠の症状に対するベンゾジアゼピン受容体作動薬について、1年以上連続して同一の成分を1日当たり同一用量で処方した場合の減算規定は撤回すること。

要求理由 患者一人一人の病態は異なるため、診療報酬で制限すべきではない。医療現場では、一律の線引きによる減算規定の設置により、従来処方を受けていた薬が処方されないことで、症状が悪化した事例や不安から医師に詰め寄る鬱病や統合失調症の患者が出る等、混乱が起きている。多剤投与が必要な患者は現実には存在しており、そうした患者にはより丁寧かつ慎重な対応が求められる。

〔Ⅱ - 2 - (108)〕 内服薬多剤投与に係る減額規定を廃止すること。

- ① 地域包括診療料・地域包括診療加算の算定対象患者に限らず、入院外の全ての患者に対して、1処方につき7種類以上の内服薬の投薬を行った場合、薬剤料を90/100に減額する規定を廃止し、むしろそうした患者を治療する場合においては評価を引き上げること。
- ② 同様に7種類以上の内服薬の投薬を行った場合に処方料及び処方箋料を減額する取扱いについても、廃止すること。

要求理由 1997年9月に導入された外来薬剤一部負担の制度自体、既に2003年4月1日付で廃止されているにもかかわらず、当時の名残として7種以上の場合の減額措置が存在しているのは不合理である。また、高齢の患者については複数の疾病に罹患しているケースが多く、1疾病に対して複数種類の薬剤が必要な場合は6種類までに収めるのは困難を伴うことが多いため、医療現場からは「必要な薬剤を処方しただけで減額されるのは不合理だ」との声が寄せられている。多剤投与が必要な患者は現実には存在しており、そうした患者にはより丁寧かつ慎重な対応が求められる。

〔Ⅱ - 2 - (109)〕 特定疾患処方管理加算について下記を改善すること。

- ① 脂質異常症、高血圧症、糖尿病を、特定疾患処方管理加算の対象疾患に戻すこと。

要求理由 特定疾患処方管理加算は、特定疾患（内科的慢性疾患）を主病とする患者について、地域医療において内科系診療所が求められる役割に適合した点数である。「地域のかかりつけ医師」は脂

質異常症、高血圧症、糖尿病だけでなく、これら3疾患を含めた複数の主病たる特定疾患について処方管理を行っている。3疾患が主病にあるからと言って除外された場合、医師が当該加算が本来評価すべき機能を果たせなくなるという矛盾が表出している。2024年改定以前の取扱いに戻す方が医学的、役割的にも合理的である。

② 加算1を復活させ、加算2については点数を引き上げること。

要求理由 加算は患者の病態分析を総合的に行い、それに基づく処方管理や更には丁寧な説明と同意を要することを評価したものである。2024年改定の加算1の廃止や加算2の引き下げは、このような医師の処方技術の軽視、否定に他ならず、断じて容認できない。

③ 複数の疾患を主病として管理する場合でも、加算の対象疾患を主病として管理していれば加算を算定できるようにすること。

要求理由 現行の規定では、「患者が複数の医学管理にまたがる疾患持つ場合、主病はいずれか1つでしか算定できない」とされている。そのため、難病外来指導料や生活習慣病管理料などの対象疾患に加え、特定疾患処方管理加算の対象疾患も主病として管理する場合、現状では医学管理料のみしか算定できない不合理が存在する。

このような取り扱いは、医療機関がそれぞれ高度な専門性が求められる疾患を主病として持つ患者の一体的な管理を妨げるものであり、早急に改善すべきだ。

④ 主病の周辺症状に対して28日以上処方した場合も算定を認めること。

要求理由 同加算は本来、「長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図る」趣旨のものであり、投薬がその趣旨に即していれば算定は認められるべきである。

【Ⅱ-2-(110)] 一包化加算を新設すること。

要求理由 院内調剤を行う診療所等において、薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に配慮して、分包機を導入して一包化している医療機関を評価すべきである。

【Ⅱ-2-(111)] リフィル処方箋（F400）は廃止すること。

要求理由 リフィル処方箋は、薬剤師が患者の服薬状況、状態の変化、副作用の発現等を確認し調剤の可否を判断することになるもので、容認できない。薬剤師の役割や責任を超えた行為を一方的に課すことなどにより、医師の処方権の侵害にもつながり、無診察投薬を認めることとなる。また、多くの薬局では患者のプライバシーが守られる個室等の設備が整っていない点も問題である。

そもそも、リフィル処方箋は中医協等での安全性の検証もなく、2021年末の大臣折衝で突如導入され、医療費削減のために提案がされており、医療の質の向上の観点での導入ではなく、廃止すべきである。

【Ⅱ-2-(112)] 一般名処方加算（F400の「7」）について、調剤薬局の都合で加算の対象とならない薬剤が処方されても、算定できることを明記すること。

要求理由 薬局で後発医薬品の在庫がなく先発品を出したり、後発医薬品でも一般名処方加算の対象とならない薬剤を調剤するなど、処方箋交付時には医療機関が知り得ない対応を理由に減点査定が行われているが不合理であり、改善すべきである。

【Ⅱ - 2 - (113) 後発医薬品の使用促進について、後発医薬品の銘柄を指定し変更不可として処方する場合に理由記載を求めることはやめること。

要求理由 医師が臨床経験に基づいて判断した処方尊重されるべきであり、殊更に理由記載という事務負担を増やすのは診療内容に対する過剰な介入である。一般処方に対する加算等、政策的な誘導を目的とした加算ではなく、医療の執行の原資としての診療報酬という意味合いに照らして、政策誘導の色彩を持たない基本診療料を大幅に引き上げるべきである。

【注射】

【Ⅱ - 2 - (114) 薬物療法における処方技術を適正に評価する観点から、現行では全く評価されていない「注射の処方」に係る評価を新設すること。

要求理由 内科系学会社会保険連合（内保連）の提言では、種類に関わらず薬剤の選択や投与期間・量等の決定を行う「処方」を、薬物療法における医師の基本的かつ固有な役割であると強調し、「外来・入院、“投薬”・“注射”を問わず、あらゆる薬物療法において評価されなければならない」と指摘している（2013年「薬物療法における医師の技術評価」）。また、外来については外来化学療法加算が存在するものの、注射の処方料・処方箋料に相当する評価は存在しないと述べている（2020年「内保連グリーンブック」）。当該見解を踏まえ、外来点数において「注射の処方料」の新設を要望する。また同様の問題は在宅医療においても検討が必要である。

【Ⅱ - 2 - (115) 注射実施料の点数設定が依然として低すぎるため、抜本的な引き上げを行うこと。少なくとも、注射に係る各手技料については、材料費分を加えた点数を上乗せした水準にまで所定点数を引き上げること。

要求理由 現行の点数においては、外来時は注射のシリンジ・針・消毒綿・点滴ラインなど材料の費用が注射の手技料に包括されるなど、所定点数では到底まかなえない評価に留まっている。また、注射そのものが、一つ誤れば重大なトラブルになり細心の注意を必要とする医療行為である点もより評価されるべきである。

【Ⅱ - 2 - (116) 大量皮下注射、皮下点滴注射の点数を新設すること。

要求理由 末期の患者や老人のターミナルケアの患者は、血管の中に針が入らない患者が多い。この場合、500～1000mlの点滴薬剤を、大量皮下注射又は皮下点滴注射で投与することがある。現行評価の下では、皮下注射の手技料で請求されているが、在宅医療、高齢者施設での医療における中心的手技にもなっている。

【Ⅱ - 2 - (117) 入院患者には算定が出来ない注射の手技料を算定可能にすること。

要求理由 皮下筋肉内注射、静脈内注射、点滴注射に要する技術は、外来と入院とで何ら変わるものでない。それにも関わらず、それらの注射の手技料そのものが入院基本料に包括され、算定できないのは不合理である。

【Ⅱ-2-(118)】 静脈内注射（G001）や点滴注射（G004）に乳幼児加算と同様に高齢者加算を新設すること。

要求理由 点滴注射において注射量で点数を区切る不合理な取り扱い、高齢者の場合静脈への穿刺が困難な事例が多いにも関わらず、現状では全く評価されていない。

【Ⅱ-2-(119)】 外来での抗悪性腫瘍剤局所持続注入（G003）の化学療法を実施した後、在宅で継続して持続注入した場合の携帯型ディスポーザブル注入ポンプの算定を認めること。

要求理由 抗悪性腫瘍剤局所持続注入で、特に FOLFOX 療法は外来で 2 時間程度の化学療法の後、5-FU 注を 46 時間持続注入するため、在宅で行うことが多い。しかしながら、このように外来から継続して、在宅で悪性腫瘍剤局所持続注入を実施した場合は、原則注入ポンプの算定は認められておらず、また在宅医療においても C108-2 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料や C166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算も算定できない。そのため、現状では医療機関は G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 165 点で携帯型ディスポーザブル注入ポンプの費用を負担し、逆ザヤとなる事態も散見され、大変不合理である。

【Ⅱ-2-(120)】 プラスチックカニューレ型静脈内留置針は使用頻度の高い医療材料である。特定保険医療材料に復活させ、併せて在宅での特定保険医療材料として追加すること。

要求理由 現状では特に高齢者に対する在宅での注射や点滴ではプラスチックカニューレ型静脈内留置針の使用が一般的で使用頻度が高く、同留置針の算定要件は「おおむね 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」などとされている。上述のような在宅医療の現場での使用実態を踏まえ、特定保険医療材料に復活させ、併せて在宅での特定保険医療材料として指定すべきである。

【リハビリテーション】

【Ⅱ-2-(121)】 リハビリテーションの疾患別体系にかかわらず、個々の患者の病態に応じて、医師が患者の意志を尊重しながら必要なりハビリテーションを柔軟に実施できるよう、医師の裁量の範囲を増やすこと。

要求理由 医師がリハビリの必要性を認めた場合は、現状の疾患別体系で規定されている病名とは関係なく、必要なりハビリの点数を算定できるようにするべきである。

【Ⅱ-2-(122)】 リハビリテーションの施設基準について、面積要件等専用施設に係る施設基準を緩和すること。

要求理由 早期介入や ADL 訓練を重視する傾向にあり、病棟等専用施設以外でリハビリテーションを行う場合も疾患別リハとみなされ算定が認められており、その機会が非常に多くなっている。

【Ⅱ - 2 - (123)】 疾患別リハビリテーション等において、ジョイントセラピーを評価した加算点数を新設すること。

要求理由 1 対 1 で行う個別訓練が基本であるが、1 人の患者に複数のセラピストが同時に関わり訓練を行う場合がある。現行では複数のセラピストが同時に訓練を行っても 1 人分の点数しか算定できないので、複数で行った場合の人件費等に見合った評価が必要である。

【Ⅱ - 2 - (124)】 疾患別リハビリテーション等において、休日もリハビリテーションが提供できる体制を評価した「休日体制加算」を新設すること。

要求理由 昨今は 365 日リハビリテーションを提供する体制が充実しつつある。しかし、休日の場合、平日よりもさらに人件費が必要となる。従って、回復期リハビリテーション病棟で評価しているように、休日の体制も評価する必要がある。

【Ⅱ - 2 - (125)】 要介護者、要支援者の入院外の患者に対する維持期リハビリテーションを復活すること。

要求理由 2019 年 3 月末で廃止された要介護者、要支援者の入院外の患者に対する維持期リハビリテーションは、リハビリテーションに算定日数上限が規定されている現状のもとでは、患者の ADL 維持や QOL の向上に必要不可欠な役割を果たしていた。算定日数上限後は介護施設のリハビリに移行として整形外科診療所の短期間デイケアを勧めるなどの対応が取られるが、報酬が低く実施するクリニックは少ない。患者の健康を取り戻し、生きることによって希望を持って取り組めるようにするためにも、医療の維持期リハビリテーションを復活し、報酬上適正に評価することが必要である。

【Ⅱ - 2 - (126)】 介護保険への移行を促す項目は廃止し、必要なリハビリテーションは医療保険で実施すること。その上で、下記項目については特に早急に取り組むこと。

- ① リハビリテーションの算定日数上限は撤廃すること。
- ② 算定日数上限を超えて疾患別リハビリテーションを実施する場合の「介護保険のリハビリテーションを受けるための手続き等の指導」について要件から外すこと。
- 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すること。
- ④ 介護保険移行への取り組みがなされなければリハビリテーション料の減算を課す、目標設定等支援管理料は廃止すること。また、同様に要介護者・要支援者に対する入院の維持期リハビリテーションの減算やリハビリテーション総合計画評価料の 2 を廃止すること。

要求理由 介護保険での維持期リハの利用状況の面で、特に高齢者においては継続的なリハが ADL 維持に極めて重要な意味を持つ中で、「介護保険の維持期リハでは、要介護者等に対する給付額が決

まっており、リハが必要と医師が判断してもケアプランに位置付けられなければ実施できない」、「ケアマネの介入により優先順位が後回しになるケースが多く、対応に苦慮」との形で関係職種との意思疎通に手間取り、迅速なリハ実施が困難となっている実態も報告されている。そもそもリハビリテーションは、医師が指示するPT、OT、ST等の専門職種による医療行為であると認識を改めるべきである。

【Ⅱ-2-(127)】 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が求められているが、こうした臨床に直接関係のない事務作業をすべて廃止し、臨床に専念できる点数とすること。

要求理由 患者の病態に応じたきめ細かなリハビリテーションの提供を適切に実施する上でも、臨床に直接関係のない事務作業をすべて廃止し、臨床に専念できる環境を整えるべきである。

【Ⅱ-2-(128)】 各リハビリテーション料の施設基準（Ⅱ）（Ⅲ）のように人件費も賄えない点数は引き上げること。

要求理由 脳血管疾患、運動器、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）や呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準にも理学療法士等の従事者の配置要件があるにも関わらず点数が極めて低いため、人件費さえも賄えない実態がある。また、本来は理学療法士等の専門職種が実施する同一内容のリハビリについては評価に格差を持ち込むべきではない。

【Ⅱ-2-(129)】 別表第9の8「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」に「新型コロナウイルス感染症後遺症の患者」を新たに追加すること。

要求理由 新型コロナウイルス感染症後遺症の患者について、肺の回復が十分にされず、歩行困難な症例が見受けられる。こうした症例に対応するため、リハビリ算定日数上限の適用除外に「新型コロナウイルス感染症後遺症の患者」を追加することを求める。

【Ⅱ-2-(130)】 H007障害児（者）リハビリテーション料の施設基準の人員要件にある「理学療法士あるいは作業療法士（あわせて2名以上）」を「理学療法士あるいは作業療法士、言語聴覚士（あわせて2名以上）」と変更すること。

要求理由 医療機関によっては対象患者の状況から、作業療法よりも言語聴覚療法を行う場合も多いため、必要な2名の内訳として理学療法士、作業療法士の他に言語聴覚士でも可能な要件とすべき。

【精神科専門療法】

【Ⅱ-2-(131)】 通院・在宅精神療法（I002）、精神科継続外来支援・指導料（I002-2）の点数について「1回の処方箋で3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬が処方されている場合、所定点数の50/100に減額する措置」を撤回すること。

要求理由 精神科の基幹点数でもあるこれらの所定点数を、診療報酬上のペナルティとして半減させ

るのは問題である。このような大幅減額による強引な誘導によって、処方される薬剤の種類が減ることとで「患者の状態が悪化して入院患者が増えかねない」との危惧の声も寄せられている。患者一人一人の病態は異なるため、診療報酬で制限すべきではない。

【Ⅱ - 2 - (132)】 通院・在宅精神療法 (I002) について下記の改善を実施すること。

① 点数を大幅に引き上げること。

要求理由 社会的要因により精神疾患を有する患者が増え続ける中、通院・在宅精神療法の評価は1998年（392点）より大幅に引き下げられている。精神疾患は、がんや脳卒中や糖尿病などと並び、厚労省の「5大疾病」に位置付けられ、うつ病や高齢化に伴う認知症が急増する中で精神疾患に対する治療の重要性は増す一方であるほか、精神疾患の診療は一般的に他科と比べ、患者1人にかかる時間が長く、現行の保険点数は、診療に必要な時間に明らかに見合わない。保険点数の引き下げは、医療機関の経営維持の観点で更なる増患を促し、結果として医療従事者の負担増により、現在国が推し進めようとしている「医師の働き方改革」にも逆行する。大幅な点数引き上げが必要である。

② 自殺のリスクが高いなど、医師が週2回以上の通院・在宅精神療法が必要と感じた患者については、週2回以上通院・在宅精神療法を算定可能とすること。

要求理由 患者の状態によっては、計画に沿えず週内に頻回受診が実施される場合もある。その場合においても、通院精神療法を実施する際と同様の対応が求められるが、現行ではその部分の評価が無く、非常に不合理となっている。

【Ⅱ - 2 - (133)】 精神科在宅患者支援管理料 (I016) の初回算定月より2年とする算定制限を撤廃すること。また、同一医療機関であっても患者ごとに「1」・「2」を選択して算定することができるようにすること。

要求理由 精神疾患の患者がすべて2年以内に治癒もしくは外来通院に移行できるわけではない。また、「ひきこもり」の長期化や高齢化が社会問題化している。治療の継続を打ち切るような期限の制限は行うべきではない。また、精神科在宅患者支援管理料の「1」と「2」の違いは自院又は特別の関係にある訪問看護STの看護師からの訪問看護を行っているか、連携する訪問看護STから訪問看護を行っているかになる。精神科訪問看護は特に患者との関係性が重要で、病態によっては自院の看護師では対応できずに訪問看護STに頼らざるを得ない場合もある。このような場合に、同一医療機関という理由だけで「1」と「2」を患者ごとに分けて算定できないことに著しい不合理が生じている。

【Ⅱ - 2 - (134)】 1回の処方において2種類以上の抗うつ薬又は2種類以上の抗精神病薬を投与した場合に求められる患者への説明、カルテやレセプト記載は初回処方時又は薬剤の変更時のみとすること。

要求理由 特に頻回（週1回など）通院の患者に対する毎回の投薬理由や副作用の説明は、医学的な意義をほとんど持たず、むしろ患者と医師の診療関係を形式的なものに貶めるだけであるため不要である。カルテやレセプト記載は初回処方時又は薬剤の変更時に限るべきである。

【処置】

【Ⅱ - 2 - (135)】 処置の各点数を引き上げること。また、他の処置点数を包括しないこと。

要求理由 そもそも点数が低く、さらなる引き上げが必要である。また、処置を行った方が、処置を行わなかった場合よりも点数が低くなる矛盾（外来管理加算52点よりも低い処置点数）を早急に解決すべきである。加えて、例えば鼻処置と口腔、咽頭処置を併せて行ってもいずれか一方のみの算定となるような包括化は、医師の技術料の評価として見合わず、見直すべきである。

【Ⅱ - 2 - (136)】 処置の項目について手術と同様に通則での乳幼児加算を新設すること。

要求理由 処置全般に関して、乳幼児を診察する際にかかる時間や人員を勘案して、その評価として通則での乳幼児加算の新設を求める。

【Ⅱ - 2 - (137)】 処置全般について、対称器官や同一臓器であっても、それぞれ処置を行った場合や、複数部位、複数回数処置を行った場合には、それぞれを評価し、それに応じた十分な点数を設けること。

要求理由 絆創膏固定、いぼ焼灼法等、軟属腫摘除、爪甲除去、高度な変形・肥厚、いぼ冷凍凝固など、何回処置を行っても1回分しか算定できないことは不合理である。

【Ⅱ - 2 - (138)】 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」とした記載を削除し、片側ごとに算定できるようにすること。

要求理由 たとえ対称であっても両側の器官について処置を実施することは、2回処置を行うことを意味する。例えば鶏眼・胼胝処置や絆創膏固定術などを左右それぞれ別個の処置とするなど、片側ごとに算定可能とすることが正当な評価である。

【Ⅱ - 2 - (139)】 処置の通則の休日・時間外・深夜加算1の施設基準を緩和すること。

要求理由 現在の施設基準では、ごく一部の大病院しか届出ができない。勤務医の負担軽減に関する要件を満たせば、中小病院でも算定できるようにすべきである。

【Ⅱ - 2 - (140)】 足の爪に係る処置に関して、下記の改善を実施すること。

① 巻き爪のブリッジ療法やワイヤー矯正療法について、診療報酬を新設すること。

要求理由 患者にとって有用な治療法は積極的に保険適用を行い、評価を新設すべきである。

② 陥入爪の処置に対して手間に見合った評価を新設すること。

要求理由 陥入爪の処置は一般的には創傷処置（J000）（52点）や爪甲除去（J001-7）（60点）で請求される場合が多い。これらの処置は局所麻酔を伴わないため手術料の対象ではないが、処置に時間と手間がかかるため、これらの点数では不合理である。手間に見合った適正な評価を新設すべきである。

【Ⅱ-2-（141）】 良性発作性頭位めまい症（BPPV）に対する Epley 法（エプレイ法、エプリー法）、Gufoni 法（グフォーニ法）等全ての理学療法について、診療報酬を新設すること。

要求理由 現行の評価体系では、良性発作性頭位めまい症（BPPV）の治療として、内耳の三半規管の結石（浮遊耳石）を半規管外に出す方法（浮遊耳石置換法）としての Epley 法、Gufoni 法（グフォーニ法）等の全ての理学療法に対する評価が存在しないため、初診時は平衡機能検査（20点）、再診時には外来管理加算でしか算定できない。内耳の三半規管の結石（浮遊耳石）の治療に関しては、処置に時間がかかるうえ、嘔吐を伴うこともあり、人員が必要である。そうした実情を踏まえた上でこれらの理学療法に対する評価を新設すべきである。

【Ⅱ-2-（142）】 摘便（J022-2）につき、時間と労力を多く要する場合には、より高い点数を設定すること。

要求理由 摘便は、ケースによっては一人の患者さんに多くの時間を要し、また便の臭いによって他の患者さんの診療に支障をきたすこともある。多くの時間と労力を必要とするケースの摘便については、100点では低すぎる。

【Ⅱ-2-（143）】 カニニューレ交換処置の点数を新設すること。

要求理由 診療所における気管切開後のカニニューレ交換に対する点数がなく、再診料のみで処置を行っている。カニニューレ交換にあたっては、喀痰吸引や創処置なども行っており、当処置の関する点数新設を求める。

【Ⅱ-2-（144）】 人工腎臓（J038）について、下記の改善を行うこと。

① 本体の点数を大幅に引き上げること。

要求理由 人工腎臓の実施や管理には非常に多くの労力を必要とする現状に対して、診療報酬上は従前から正当な評価がされていない。こうした現状により、今後、透析を行う医療機関は、減少していく恐れがあることから、抜本的な引き上げが必要である。

② 「時間外・休日加算」を、2006年改定前の水準（500点）に引き上げること。

要求理由 2006年改定で、「時間外・休日加算」が500点から300点に突然引き下げられた。2018年改定では380点まで引き上げられたが、従前の水準までは回復していない。夜間や休日における透析治療の確保のために、一層の評価が必要と考える。

③ 「慢性維持透析を行った場合」の評価について、透析用監視装置の台数やそれに対する透析実施患者数の割合に応じ、規模が大きく効率の良い医療機関に対しては、より低い点数を設定する現行の評価体系を止めること。

要求理由 透析用監視装置等の設備の充実には非常に多額の費用を必要とする。そのため、地域によっては透析用監視装置が比較的充実した医療機関が1つしかなく、地域の透析患者を一手に引き受けざるを得ない場合もある。こうした状況もある中で、医学的なエビデンスとは無関係な「患者の回転率」という尺度のみを以て、慢性維持透析の評価引き下げがされる現行体系は、地域で努力する透析医療機関を逆に追い詰めるものであり、2018年以前の評価体系に戻すべきである。

④ 感染対策に係る評価を新設すること。

要求理由 透析医療においては、外来であっても院内の滞在時間は長く、ハイリスク患者の対応をすることになるため、人工腎臓においても感染対策を評価すべきである。

〔Ⅱ-2-(145)〕経管栄養カテーテル交換法について、在宅での胃瘻カテーテル交換法については、「画像診断又は内視鏡」でなくともスカイプルー法等で交換後の安全確認ができれば算定できるようにすること。

要求理由 胃瘻カテーテル交換法（現在は経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法）の算定にあたり、交換後に画像診断又は内視鏡による確認が要件とされて以来、確認用の器材を持たない医療機関では在宅で胃瘻カテーテルを交換しても材料料さえ算定できない。そのため、内視鏡による確認等が可能な病院への胃瘻カテーテル交換の依頼が増え、病院の負担が非常に大きくなっている。また、交換時の患者の移送も家族や医療・介護従事者の負担となっている。胃内容物の逆流の確認によるスカイプルー法などは在宅でも簡単にでき、患者にも負担をかけずに交換後の安全が確認できる方法であり、算定を認めるべきである。スカイプルー法は胃瘻カテーテル交換後の安全確認として厚労省も認めている確認方法であり、算定を認めるべきである。

〔Ⅱ-2-(146)〕皮膚科軟膏処置（J053）（100cm²未満）を復活すること。

要求理由 処置面積に関わらず患者にどの程度の量をどのように使用するかを実際に体験させることは、不適切な外用薬の使用を防ぎ、薬剤費管理の意味でも重要である。また、ただ塗るのではなく、適正な外用薬を選択する判断も評価するべきである。

〔Ⅱ-2-(147)〕皮膚レーザー照射療法のQスイッチ付レーザー照射療法（J054-2の「2」）について、より広い範囲に用いた場合の評価を設けること。

要求理由 一部位の治療が広範囲に及んだ場合の点数も設けるべきである。

〔Ⅱ-2-(148)〕いぼ焼灼法（J055）、いぼ冷凍凝固法（J056）について、部位の数え方を「箇所」とし、「10箇所以上」の評価を新設すること。

要求理由 部位の数え方が「箇所」となっていることで、例えば右足趾に「10箇所」のいぼがあっても

右足蹠の「1箇所」とする解釈が起りかねず不合理である。また、かなり多数の「いぼ」処置に長い時間をかけて、評価が4つと変わらないのも不合理である。数が多い場合、足蹠の「いぼ」では増生した角質の除去処置も含め4、5人分の診察時間を要することを考えれば、伝染性軟属腫の摘除と同様に考え、せめて3段階とし、「10箇所以上」の高い点数区分を新設すべきである。

【Ⅱ-2-(149)】鶏眼・胼胝処置（J057-3）の回数制限（同一部位につき、月2回）を撤廃すること。

要求理由 同じ足に多発する場合、別の病変で3回目に来院処置をしても算定できないのは不合理である。

【Ⅱ-2-(150)】干渉低周波による膀胱等刺激法（J070-2）の算定回数の制限を緩和すること。

要求理由 3週間に6回を限度、その後は2週間に1回との制限があるが、干渉低周波による膀胱等刺激法については、手術までする必要はないが内服薬でコントロールが難しい症例には有効で使用頻度も多いことから、算定回数制限の緩和を求める。

【Ⅱ-2-(151)】耳垢栓塞除去（複雑なもの）（J113）を引き上げること。

要求理由 片側が80点の設定であるにもかかわらず、依然として両側を実施した場合の点数が160点未満であり、不合理である。また、2024年度改定で根拠なく引き下げられた点についても極めて不当な取扱いである。

【Ⅱ-2-(152)】消炎鎮痛等処置（J119）について、下記の不合理を解消すること。

① 点数を抜本的に引き上げること。

要求理由 維持期リハビリが廃止されたことにより、要介護・要支援者に対する維持期リハビリの対応方法として、通所リハの施設基準を整えることができない医療機関は消炎鎮痛等処置で対応せざるを得ない。しかし、理学療法士等を雇用していくには、消炎鎮痛等処置（35点）では賄えず、そうした点を踏まえて抜本的な引き上げを求める。

② 「1. マッサージ等の手技による療法、2. 器具等による療法、3. 湿布処置」に対する算定制限を撤廃すること。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毎の算定ができるようにすること。

要求理由 牽引等で2箇所行う場合も1日あたりの点数を算定する矛盾があり、改善すべきである。労災算定基準では部位毎に算定するルールであることから、少なくともマッサージ等の消炎鎮痛等処置については別々に算定できるようにすべきである。高額な医療機器や手技を用いて実施する消炎鎮痛等処置の評価が低すぎるため、改善すべきである。

③ 「3. 湿布処置」については、入院患者に対しても算定可能とすること。

要求理由 湿布処置に要する技術は、外来と入院とで何ら変わるものでない。それにも関わらず、処置料が入院基本料に包括され、算定できないのは不合理である。

【Ⅱ - 2 - (153)】腰部、胸部又は頸部固定帯加算（J200）点数を引き上げること。

要求理由 固定装具の価格が上昇しており、医療機関での持ち出しが発生しているため、当該加算点数を引き上げるべきである。

【Ⅱ - 2 - (154)】上腕固定帯を使用した場合の点数を新設すること。

要求理由 上腕骨折した際に上腕固定帯を使用するが、J200腰部、胸部又は頸部固定帯加算では算定できず持ち出しとなっているため、対応する点数の新設を求める。

【手術】

【Ⅱ - 2 - (155)】手術の通則の休日・時間外・深夜加算 1 の施設基準を緩和すること。

要求理由 現在の施設基準では、ごく一部の大病院しか届出ができない。勤務医の負担軽減に関する要件を満たせば、中小病院でも算定できるようにすべきである。

【Ⅱ - 2 - (156)】複数手術料の算定における「従たる手術は 1 つに限り算定する」との取扱いを廃止し、実施した手術の手技料を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。

【Ⅱ - 2 - (157)】小児皮膚における皮膚・皮下組織手術の評価の引き上げを求める。

要求理由 手術では乳幼児加算が設けられているものの、皮膚切開術や皮膚皮下腫瘍摘出術など手術面積により点数が評価されており、小児患者は低い区分の点数算定となることが多く、正当な評価を求める。

【Ⅱ - 2 - (158)】皮膚切開術（K001）の点数を引き上げること。

要求理由 例えば皮膚科で最も診察する機会の多い皮膚腫瘍の一つである粉瘤の手術では、感染を起こした場合に切開排膿しても皮膚切開術しか算定できないが、現状の点数は労力に見合う水準ではない。適切に引き上げるべきである。

【Ⅱ - 2 - (159)】デブリードマン（K002）は治療上必要な回数の実施を評価すること。

要求理由 現状では原則植皮前に 1 度しか算定できないが、熱傷の場合など複数回必要なケースがある。

【Ⅱ - 2 - (160)】 自家脂肪注入（K019- 2）の適応目的を広げること。

要求理由 変形拘縮・組織欠損等に対しても効果が期待される。適応を広げるべきである。

【Ⅱ - 2 - (161)】 内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）（K388- 3）について、常勤医師 1 名の診療所でも届出可能な点数にすること。

要求理由 上記点数は、病院で届出可能な点数とされており、診療所であることのみをもって算定できないのは不合理である。施設基準の通則に定められる緊急事態の対応については、近隣病院との連携等での対応でも可能とし、常勤医師 1 名の診療所でも届出できる施設基準にすべきである。

【Ⅱ - 2 - (162)】 帝王切開術（K898）の「2. 選択帝王切開」を2,020点引き上げること。

要求理由 本体点数が2014年改定時に大幅に引き下げられた水準のままであり、依然として経営体力の弱い診療所は帝王切開を敬遠せざるを得ず、結果として総合病院等の三次医療機関に患者の過度な集中を招く危険性が高まっている。

【Ⅱ - 2 - (163)】 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、「閉鎖式循環式全身麻酔」、「硬膜外麻酔」、「脊椎麻酔」等を実施しない場合であっても加算できるようにすること。

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。

【Ⅱ - 2 - (164)】 性別適合手術の実施にあたり、手術前に必要なホルモン療法に関しても保険適用を認めること。

要求理由 現状では、手術前に必要なホルモン療法に保険が適用されない。そのため性別適合手術の実施が実質的には混合診療となってしまうため、保険での性別適合手術がほとんど実施されていない非常に不合理である。

【Ⅱ - 2 - (165)】 骨折整復時（観血・非観血とも）に医療被曝の点からも労災点数と同様に術中透視装置使用加算を新設すること。

要求理由 透視下による骨折整復において、術者が医療被曝を受ける場合があるが、被曝対策に関する費用の評価がないため術中透視装置使用加算の新設を求める。

【麻酔】

【Ⅱ - 2 - (166)】 麻酔の手技料を引き上げること。

要求理由 一定量の麻酔薬を使用する局所麻酔により手術を実施した場合又は局所麻酔により比較的

困難な手術を実施した場合、局所麻酔でも様々なトラブルが生じる等のリスクがある。2024年度改定ではトリガーポイント注射の点数が根拠なく引き上げられた経緯もあり、麻酔の手技料引き上げを求める。

【Ⅱ-2-(167)】トリガーポイント注射（L104）について、労災点数の消炎鎮痛処置等と同様に1局所ごとに算定できるようにすること。

要求理由 1日につきの点数となっているが、複数箇所のトリガーポイントに注射する場合もある。労災の消炎鎮痛処置等では1局所ごとに1日につき3局所まで算定できるが、トリガーポイントも同様の取扱いにすることを求める。

【特定保険医療材料】

【Ⅱ-2-(168)】医療材料費・薬剤費を、他の点数への包括や医療機関の負担にしたりせず、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、措置するとともに、回数制限などをなくし、医療上の必要に応じて請求できるようにすること。

要求理由 手術に通常使用する材料代、鏡視下手術で使用する単回使用器材の費用、白内障手術で使用する眼内レンズ等の費用、人工肛門の便バック、鎖骨用コルセット（クラビクルバンド）、採血、注射、点滴時等に使用する翼状針など、様々な医療材料が診療報酬上の点数項目に包括されることなどにより保険請求できない取扱いとなっているが、これは早急に改善し、必要に応じて使用した医療材料費・薬剤費が算定できるようにすべきである。

【Ⅱ-2-(169)】皮膚欠損用創傷被覆材について、いずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合以外にも、患家で交換する分を算定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特定保険医療材料であり、在宅医療以外では、張り替える都度、医療機関の外来に来院して張り替える必要がある。交換・張替方法を指導し、患者が自ら交換・張替する場合の算定を認めた方が、患者の煩わしさの軽減や、医療費の削減にもつながる。

【Ⅱ-2-(170)】フーバー針を在宅中心静脈栄養以外でも使える材料とすること。

要求理由 現在、フーバー針は在宅中心静脈栄養用輸液セットの付属品としてのみ認められているが、中心静脈栄養を行わない場合でも高齢者で血管が非常に細いなどの理由からCVポートを使って点滴を行うことがある。その場合、フーバー針を医療機関の持ち出しとするか、CVポートがあるのにわざわざ静脈等から注射や点滴を行わなければならないと不合理である。

【手術等管理料】

【Ⅱ-2-(171)】胚凍結保存管理料（導入時）、胚凍結保存維持管理料について、胚凍結保存（導入時）ごとに算定を認めること。

要求理由 胚凍結保存維持管理料については、過去1年間に胚凍結保存管理料（導入時）または胚凍結保存維持管理料を算定していない場合に算定可能とされているため、年に1回しか算定できない。しかし、胚の凍結保存は育った胚ごとに維持管理をしていくことになり、複数の凍結胚に対する保存管理が評価されないのは不合理である。凍結を開始した胚凍結保存管理料（導入時）ごとに胚凍結保存維持管理料も算定できるようにすべきである。

【薬剤】

【Ⅱ-2-（172）】漢方薬については、次回薬価改定で漢方薬の公定価格を輸入生薬価格に連動させること。また、保険漢方診療存続のため、抜本的な政策に着手すること。

要求理由 昨今の中国経済の成長に伴う中国国内の需要増大により、輸入生薬価格は相次いで高騰し、漢方関連業界の経営を著しく圧迫しており、事業縮小・廃業に追い込まれるところも出てきている。このような状況にもかかわらず、2012年4月の薬価改定では、薬価以下の生薬は1割程度（他は逆ザヤ）という惨憺たる事態に陥った。院外処方を実施する医療機関において、調剤薬局にて漢方生薬の調剤受け付けを拒否された事例も報告されている。この状態が放置されれば、健康保険による生薬の湯液治療は不可能となってしまうことも危惧され、一刻も早い改善を求める。

（3）入院

入院基本料

【Ⅱ-2-（173）】すべての入院基本料を大幅に引き上げること。

- ① 医師や看護職員等の処遇改善及び施設・設備の維持・更新のため、医学管理料、看護料を包括する入院基本料方式ではなく、施設費・設備費・人件費それぞれに対する評価を明確に区分し、大幅に引き上げること。
- ② 入院環境に要する費用については、室料及び水道光熱費だけでなく、医療法で定める医療安全管理を実施する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。また、新型コロナウイルス感染拡大のような深刻な事態にも対応できるように、医療提供体制や医療経営に余剰が生じるように、人員及び療養環境の費用の評価を大幅に引き上げること。
- ③ 夜間勤務等看護体制、入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理対策、褥瘡対策について、体制としての評価を基本点数でさらに上乘せとすること。
- ④ 平均在院日数短縮など規制強化を行わないこと。
- ⑤ 地域医療構想や医療費適正化計画などの実現誘導に向けた診療報酬との関連付けを行わないこと。
- ⑥ 通則に追加された「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の内容を踏まえた適切な意思決定支援や、身体的拘束最小化に関する取り組みを行うための体制評価を踏まえ、基本点数をさらに引き上げること。

要求理由 医師の働き方改革や医療従事者の処遇改善を行うためには、現行の入院基本料ではまったく不十分である。さらに近年の物価高にも関わらず、入院料は引き上がらないばかりか、むしろ要件や施設基準の強化により経営は厳しい。そもそも診療報酬は公定価格であるため、医療機関の判断で

原価を転嫁することができない。社会的にも賃上げが課題となるこの時期こそ、入院医療に係る費用を保障し、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維持・強化が必要であり、そのためには、診療報酬の引き上げが必要である。特に、現在のような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（防災や警備も含め）は図れない。

②について、コロナ禍によりこれまで以上に感染防御を施した入院医療を提供するため、人員、設備・施設、対応に多くの手間と時間がかかっている。医療提供体制の余裕を持たせた上で、感染拡大等の事態が発生しても対応できるような体制が必要であることは言うまでもない。医療政策の観点からも、人員及び療養環境の費用の評価を大幅に引き上げるべきである。

④について、入院期間の削減は、再発や病状悪化のリスクを伴う可能性がある。平均在院日数要件を強化すべきではない。

⑤について、地域により急性期と慢性期をともに担わなければならない病院や有床診療所がある。機能分化を理由に病床削減を進める地域医療構想などに、診療報酬を結び付けることそのものが、点数表の仕組みからして馴染まない。中医協でも診療側委員から地域医療構想などを診療報酬で誘導するものではないとの意見が出されている。

⑥について、現場では患者・家族からの看取りに関する相談も多くなり、医療機関としても医療の提供だけでなく療養環境や終末期の生活に関する相談が求められていることから、この体制は当初の要件追加時から必要性が高まっている。しかし、院内での指針の策定や体制の確保には人的コストが求められるにもかかわらず、基本点数は全く変化していない。このため評価の上乗せを行うべきである。また、「身体的拘束最小化に関する取り組み」も同様で、2024年度診療報酬改定で入院料等の通則に要件追加されたが、身体的拘束最小化の取り組みには、入院基本料等の人員配置以上の人的配置が必要となり、また離床センサーやインカム等の整備により大幅な費用負担が課される。現状の入院基本料等では到底賄いきれず、体制整備の人的コストにふさわしい十分な評価とすることが求められる。

【Ⅱ - 2 - (174)】

① 入院料の届出における1日平均入院患者数の算出期間について、「届出の実績月の前月までの1年間」とすること。

② 「主として事務的業務を行う看護補助者」については、全員を看護補助者に算入すること。少なくとも、主として事務的業務を行う看護補助者を全員入力した上で、「200又はその端数を増すごとに1を超える看護補助者」を実績から除外して看護補助者の配置実績値に参入する取扱いとすること。

要求理由 ①について、現在は、当該月が終わらなければ平均入院患者数が確定しないため、配置すべき人員が決まらない。従って、前月までの平均入院患者数に対して計算する扱いとすべきではない。なお、平均入院患者数は過去1年間の平均であり、直近の実績が満たされてはじめて施設基準が満たされる。

②について、事務的作業を含めて、看護職員の行為を補助すること全てについて、看護補助者として評価すべきである。

【Ⅱ - 2 - (175)】 夜間看護体制特定日減算について、入院基本料等の施設基準で求められる

看護職員（看護要員）の複数夜勤体制について、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該病棟の看護職員等の数が一時的に2未満になった場合であっても、患者の看護に支障がないと認められる場合には、当該施設基準要件を満たすものとする。実現するまでの間、夜間看護体制特定日減算については、以下のように取り扱うこと。

- ① 許可病床200床未満であって、年間6日以内かつ連続して2月までは届出受理後の要件変動の特例として取り扱い、夜間看護体制特定日減算としないこと。
- ② 上記②の要件（期間）を超える場合であって、救急対応のためにやむを得ず夜間における看護職員配置が2人未満となる場合に夜間看護体制特定日減算を適用すること。

要求理由 救急医療の提供など応召義務による患者への対応が必要となるため、減算は不合理である。

【Ⅱ-2-(176)】A245データ提出加算の届出を入院基本料等の要件にしないこと。

要求理由 A245データ提出加算を入院基本料等の算定要件にすることは、入院医療の確保以外の負担を病院に強いるものであり、特に中小病院には大きな負担となっている。入院基本料等の要件にしないようにすべきである。

【Ⅱ-2-(177)】特掲診療料の検査、注射、処置等について、「入院中の患者以外の患者に限る」との算定制限を止め、入院中に算定できるようにすること。

要求理由 入院中の患者以外の患者に限り算定できる点数が存在するが、入院中においても当該手技等を出来高で算定できるようにすべきである。

【Ⅱ-2-(178)】180日を超えた入院に係る選定療養の取扱いを廃止すること。

要求理由 入院の必要性は主治医の判断によるべきであるのに、一律の入院日数によって保険給付の一部が外され患者負担となることは正当性がないため、日数に制限を設けるべきではない。

【Ⅱ-2-(179)】入院料算定要件への管理栄養士配置義務付けについて、

- ① 入院料等算定要件での管理栄養士の配置義務付けを撤回し、2012年度改定前の独立した点数評価とすること。少なくとも、特定地域や離島、へき地などの配置困難な医療機関においては義務の対象から除外すること。
- ② 診療所において、栄養管理実施加算を算定する場合もB001・10入院栄養食事指導料が算定できる扱いとすること。少なくとも入院栄養食事指導料を算定した日のみ、当該患者について栄養管理実施加算が算定できない扱いとすること。

要求理由 管理栄養士の役割を評価するためには、包括化せずに診療報酬として独立した評価を行い、点数を引き上げるべきである。また、産科、眼科、肛門科等の単科で、管理栄養士を配置して対策を講じるべき対象者がいない医療機関も少なくない。専門的技術を有する医療機関の存続は地域医療に重要であり、そもそも、病床規模や診療科目によって必要性が区別されるのではなく、患者の

状態によって医師が判断するものである。

2012年度改定以降、管理栄養士の配置による評価は12点だけである。50床の病院では、病床稼働率100%としても50床×365日×12点×10円＝年間219万円にしかならず、到底管理栄養士を配置できるような報酬ではない。

②について、対象となる患者が限定されている入院時食事指導料において、栄養管理実施加算と同時算定を制限する必要はない。

〔Ⅱ-2-(180)〕 A100一般病棟入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」や、A101療養病棟入院基本料における「医療区分2・3の割合」などの診療実績については、入院基本料の要件から外した上で加算評価すること。

要求理由 看護職員及び看護補助者の配置による評価と、診療実績による評価は区分すべきである。

〔Ⅱ-2-(181)〕 重症度、医療・看護必要度の計算対象からの除外について、そもそも重症度、医療・看護必要度や平均在院日数要件は、当該病棟での過重平均を判断するために導入されたもののはずだが、度重なる改定によって、測定対象からの除外対象が恣意的に増やされてきた。これでは、過重平均を判断するものとは言えない。少なくとも、患者に必要な急性期医療を提供するためには、重症度、医療・看護必要度のA項目に「心電図モニターの管理」を追加すること。

要求理由 「心電図モニター」は、重症患者の状態を把握するために非常に重要である。削除は、急性期入院医療が必要な患者から入院医療を奪うことになりかねない。

〔Ⅱ-2-(182)〕 重症度、医療・看護必要度について、以下の取り扱いとすること。

- ① 基本点数への患者要件ではなく加算評価にすべきである。
- ② 少なくとも、新型コロナなど新興感染症の患者を受け入れた場合は、その患者を重症度、医療・看護必要度の評価対象から除外できるようにすること。
- ③ 急性期一般入院料1の評価基準に、再度B項目を加えること。
- ④ A項目「創傷処置」について、重度褥瘡処置を再度評価対象に加えること。

要求理由 ②について新型コロナ患者は手術等がなくA項目にも該当しない（仮に該当しても短期）という患者が多いため、地域のコロナ患者の受入数を増やせば増やすほど重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難になっていくという矛盾がある。

③について、2024年改定で、急性期一般入院料1の評価基準からB項目が外されたが、引き続き評価を行うことは求められており、純粹に手間が増えるだけとなっている。B項目の、看護必要度を測る指標としての意味は改定前後で何も変わっておらず、B項目を再度評価基準に加えるべきである。

④について、2024年改定で、A項目「創傷処置」について、褥瘡処置に係る診療行為がすべて評価対象から外されたが、褥瘡に対する処置の必要性や重症度を測る指標としての意味は改定前後で何も変わっておらず、再度評価対象に加えるべきである。

〔Ⅱ-2-(183)〕 重症度、医療・看護必要度を要件とする病棟が1病棟又は、許可病床数が

100床以下の病院については、1割以内の一時的な変動の特例の対象とすること。

要求理由 特に患者数の少ない病院・病棟においては、入院患者の状態の変化によって、内訳も変化しやすいため、割合を維持させるのは容易ではない。このため一時的な変動の猶予を設けるべきである。

〔Ⅱ-2-(184) 療養病棟入院基本料や特定入院料など包括される入院料において、気管内チューブ交換時の材料料、高額な薬剤や検査等を出来高で算定できるようにすること。

要求理由 療養病棟入院基本料や特定入院料など包括される入院料において、高額な薬剤や検査等については出来高で算定できるようにすべきである。高額な薬剤を使用している患者においては、入院料で賄えず、入院判定において優先順位が低くなりがちである。特に療養病棟入院基本料においては、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。気管切開の患者は医療区分3又は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である。

A100一般病棟入院基本料、A103精神病棟入院基本料10対1・13対1

〔Ⅱ-2-(185) 平均在院日数の取扱いについて、下記の改善を行うこと。

- ① 短期滞在手術等基本料を算定する患者について、平均在院日数の計算対象に加えること。
- ② 長期入院患者に該当する患者について平均在院日数から除外すること。

要求理由 ②について、医学的に必要があって入院させている患者について、平均在院日数というベナルティが医療を行う上で足かせになるのは不合理である。中医協では、短縮に至った経緯として「平均が16日だったから」としているが、平均では満たせないところが非常に多くなる。数字による単純な決定は行すべきではない。

〔Ⅱ-2-(186) A100一般病棟入院基本料1の「在宅復帰率」について、暦月で3カ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定を適用すること。

A101療養病棟入院基本料

〔Ⅱ-2-(187) 2024年診療報酬改定にて療養病棟入院基本料の医療区分に係る評価体系が9分類から30分類に再編されたが、細かく煩雑であるため請求事務に過度な負担が生じている。改定前の9分類に戻す等、簡略化すること。

要求理由 現場では分類表を拡大印刷し、患者ごとにどの区分に該当するかを指差し確認している、理解が追いつかず残業が増えたとの声も寄せられている。働き方改革にも逆行しており簡略化が求められる。

〔Ⅱ-2-(188) A101療養病棟入院基本料の20対1看護+20対1看護補助者を満たす場合

は、「医療区分 2・3 の割合」に関わらず療養病棟入院料 2 の点数が算定できることとし、医療区分 2・3 の割合については加算評価とすること。なお、医療区分 2・3 の割合が 5 割以上の場合については現行の療養病棟入院料 2 よりも点数を高くすること。

要求理由 看護職員及び看護補助者の配置による評価と、医療区分 2・3 等の診療実績による評価は区分すべきである。

〔Ⅱ-2-(189)〕 A101療養病棟入院基本料及び A109有床診療所療養病床入院基本料の医療区分 2 の中の『37. うつ症状に対する治療』について、算定の要件（項目の定義）として「精神保健指定医の処方によりうつ症状に対する薬を投与している場合」とあるが、精神科医、心療内科医による処方の場合も算定を認めること。

要求理由 うつ病を自覚しても敷居の高さを感じて精神科を受診しない患者は多く、精神科医や心療内科医がうつ病の治療を行っているケースも多いのが現状である。精神保健指定医だけではなく、精神科医や心療内科医の処方によりうつ症状に対する薬を投与している場合も、A101療養病棟入院基本料及び A109有床診療所療養病床入院基本料の医療区分 2 の評価に加える（医療区分 2 の点数が算定できるようにする）べきである。

〔Ⅱ-2-(190)〕 注12の「夜間看護加算」の施設基準から「各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員 1 を含む看護要員 3 以上であること」を外した上で、看護要員 3 名以上の配置については算定要件にすること。

要求理由 療養病棟における夜間看護体制を改善するために、看護要員 3 名以上の配置については、施設基準ではなく算定要件とすること。

〔Ⅱ-2-(191)（新設）〕 注13の「看護補助体制充実加算」の要件である「主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の数が100対 1 以上（経験又は介護福祉士）」については、様式 9 で管理を行うようにすること。

要求理由 「看護補助体制充実加算」の当該要件については、様式 9 により計算が可能である。様式 9 で管理することで病院等の手間が省けることから、当該要件については様式 9 で管理を行うようにすべきである。

〔Ⅱ-2-(192)〕 医療区分・ADL 区分について、以下の点を行うこと。

- ① 包括範囲から、D298-2 内視鏡下嚥下機能検査を除外すること。
- ② 医療区分のうち、30日を超える中心静脈栄養についても医療区分 3 とすること。

要求理由 ①について、中心静脈栄養を実施している患者（医療区分 3）について、摂食・嚥下機能の回復に必要な体制がなければ、医療区分 2 の点数を算定することとされているが、D298-2 内視鏡下嚥下機能検査を実施しても、療養病棟入院基本料に包括され、別途算定できない扱いは不合理である。

②について、2024年改定で医療区分2となったが、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者以外を対象とする場合は、その状況を踏まえ、30日を超えた場合も処置等に係る医療区分3とすべきである。

【Ⅱ-2-(193) 褥瘡ケアの向上につながらず、現場の労働強化を招く褥瘡対策加算のアウトカム評価を廃止すること。

要求理由 創傷被覆材を使用する場合は、褥瘡部を閉鎖して数日ごとに処置を行うほうが組織の修復が良好であるにも係らず、褥瘡対策加算は原則、毎日評価しなければならず、現場に多大な負担を強いている。2018年7月10日付厚労省事務連絡において、創傷被覆材を用いる直前の状態等、直近で確認した際の状態で評価すれば良いとして、部分的に負担軽減となったものの、要件そのものは非常に分かりにくく、特に複数褥瘡がある場合の評価方法はアウトカム評価を徹底する内容となっている。医療従事者の負担とコスト、当該患者の負担を減らすためにアウトカム評価は廃止するべきである。

【有床診療所】

【Ⅱ-2-(194) 有床診療所の入院基本料は、病院の診療報酬に準拠して正当に引き上げること。

要求理由 診療所の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。有床診療所の入院基本料はもはやグループホーム（753～887単位）の報酬よりも低くなる場合があり、医療提供の利点も考えれば、さらに評価を引き上げるべきである。その点数の低さゆえに低所得者を受け入れることも多いが、家族等の了解も得られず退院先を見つけることも困難である。医療の安全確保のためにも、何よりも十分な人員の確保と安全管理体制の強化が必要である。そのためには、診療報酬を引き上げてしっかりと評価することが必要である。

【Ⅱ-2-(195) 看護職員の配置の実態を踏まえ、有床診療所の入院基本料の注の加算の点数を引き上げること。

要求理由 入院基本料の注の加算において、医師配置加算、看護配置加算などの人員の配置については、人件費に見合うよう引き上げるべきである。

【Ⅱ-2-(196) A108有床診療所入院基本料1～3の施設基準において、1項目該当すれば要件を満たすいわゆる地域包括ケア要件項目を、「過去1年間に介護保険におけるいずれかのサービスを提供した実績があること、又は介護医療院又は介護支援事業者であること」とすること。少なくとも、介護保険による訪問リハ、訪問看護を対象に加えること。

要求理由 有床診療所における地域包括ケア要件の主旨から見て、介護保険サービスのうちいずれか1つでも実施している場合は対象とすべきである。

【Ⅱ-2-(197) A108有床診療所入院基本料の看護補助配置加算について、より多く（3名

以上)の補助者を配置した場合の手厚い点数区分を新設すること。

要求理由 看護補助配置加算の点数区分について、現在は看護補助者が2名以上と1名の配置により点数が「1」と「2」に区分されているが、もっと多くの補助者を配置し手厚い看護体制を敷いている有床診療もあるため、点数区分を再編し、より多くの補助者を配置している場合に算定できる上位区分を新設すべきである。

【Ⅱ-2-(198)】 A223診療所療養病床療養環境加算及び A233-2 診療所療養病床療養環境改善加算を届け出ている病床についても、有床診療所入院基本料を算定している場合には算定可能とすること。

要求理由 「有床診療所」は一般病床と療養病床のケアミックスであり、療養病床において有床診療所入院基本料として届出・算定する場合があるが、当該病床は療養環境として合致しており、加算を算定可能とすべきである。

【Ⅱ-2-(199)】 A108有床診療所入院基本料1～6で定める看護職員配置の最小必要数を超える看護職員を、有床診療所看護補助配置加算の計算対象にすること。

要求理由 A108有床診療所入院基本料において、たとえば「看護職員1人以上4人未満」は、入院基本料3又は6となるが、1人でも3人でも同評価となっている。最小必要数である1人を超える看護職員をみなし看護補助者として看護補助配置加算の要件とすることで、こうした矛盾は解決する。

【Ⅱ-2-(200)】 有床診療所急性期患者支援病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援病床初期加算の施設基準や、医師配置加算の施設基準について、「全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る）の患者数が年間30件以上」とされているが、一定量の麻酔薬を使用する局所麻酔により手術を実施した場合又は局所麻酔により比較的困難な手術を実施した場合を要件として計上できるようにすること。

要求理由 局所麻酔下でも痔核根治術等のような手術を行う場合がある。

入院基本料等加算

【Ⅱ-2-(201)】 施設基準において、「専従」要件を緩和すること。

要求理由 特に中小病院においては、リハビリテーション等での専従要件が求められているスタッフ等が、リハビリ予定の無い時間に多職種連携などのカンファレンスや医療安全管理対策関連の各種委員会に参画できないなど、院内でワークシェアリングを行う上で阻害となる。

【Ⅱ-2-(202)】 夜間において常時配置が求められている下記の加算について、点数を引き上げるとともに、月平均による夜間常時配置とすること。少なくとも、A101療養病棟入院基本料の注12の「夜間看護加算」、注13の「看護補助体制充実加算」、A207-4看護職員夜間配置加算については、日々の入院患者数に対して必要な看護要員配置の規定を施設基準

ではなく算定要件とすること。

- ・ A101療養病棟入院基本料の注12の「夜間看護加算」及び注13の「看護補助体制充実加算」
- ・ A207- 4 看護職員夜間配置加算
- ・ A308- 3 地域包括ケア病棟入院料の注 8 の「看護職員夜間配置加算」
- ・ A311精神科救急急性期医療入院料の注 4 の「看護職員夜間配置加算」
- ・ A311- 3 精神科救急・合併症入院料の注 4 の「看護職員夜間配置加算」

要求理由 月平均ではなく夜間において常時配置が求められているが、患者数の変動等への対応が困難であることから、日を超えての傾斜配置を認めるべきである。重症度、医療・看護必要度の測定が広がっているなかで、算定要件とすることで、満たしていない日のみ算定できない取扱いとすべきである。

〔Ⅱ - 2 - (203)〕 医師の働き方改革への対応のためにも、病院・有床診療所で算定できる A207- 2 医師事務作業補助体制加算の施設基準から救急医療体制や年間の救急入院患者数等の選択要件を廃止すること。少なくとも有床診療所及び病棟が 1 つのみの病院は、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関に準じ、医師事務作業補助者の配置のみで A207- 2 医師事務作業補助体制加算（20対 1 補助体制加算から100対 1 補助体制加算に限る）の施設基準を満たすものとする。

要求理由 実際に補助者を配置することで、医師の負担は軽減されている実情がある。そのための手当として、緊急入院患者数に関係なく算定できるようにすべきである。

〔Ⅱ - 2 - (204)〕 A212超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算について、下記の改善を行うこと。

- ① 一般病棟における90日までの算定制限をやめること。特に、一般病棟における90日までの算定制限の対象から18歳未満児を除くこと。
- ② 特別の医学的管理が必要な状態が 6 ヶ月以上継続していることが要件になっているが、連続ではなく延べ日数での継続とすること。

要求理由 A212超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算については、従前は年齢を問わず対象として算定してきたのが実態であり、点数表上も算定制限する根拠等は存在しなかった。また長期入院を余儀なくされている重症な患者の診療に対する評価として、大きな役割を担ってきた。超重症児（者）で入院医療が必要な患者は、家にも帰せず、他の施設も引き取らない。こうした患者への入院治療を90日で制限をすべきではない。とりわけ、こども病院などで長期入院を余儀なくされている18歳未満については制限を廃止すべきである。

②について、連続 6 ヶ月以上の状態が途中で 1 日でも切れてしまうと要件から外れてしまうことから、延べ日数とすべきである。

〔Ⅱ - 2 - (205)〕 地域格差を見直し、A218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、地域区分を見直し、地域加算を引き上げるべきである。なお物価の地域格差については、総務省の2022年に発表された「消費者物価地域差指数（2021年）」にも表れており、東京都が最も高く、最も低い宮崎県に比べ1.09倍で推移している。ただし、地域加算はあくまでも人事院勧告（国家公務員給与）を根拠とし、都市部の地域手当のために民間賃金の低い地域を基準にしているという実態がある。しかし地域格差が9%程度では、1級地18点と7級地3点の差では埋めることは困難と思われる。評価根拠の見直しも含めて検討を求める。

【Ⅱ-2-(206)】 A233-2 栄養サポートチーム加算について、点数を引き上げること。

要求理由 栄養サポートは重要であるが、B001・10入院栄養食事指導料との併算定ができず、要件に比べて点数が低すぎる。

【Ⅱ-2-(207)】 入院基本料等の施設基準において、看護職員の病棟勤務時間として算入が認められるものについては、月1回程度定期的に開催される、院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理体制確保のための職員研修、褥瘡対策委員会、身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修等に限られている。病棟業務の一環として出席する給食委員会等その他委員会や職員研修も病棟勤務時間に算入できるよう認めること。

要求理由 病棟の代表者として参加している時間について、病棟外で開催している場合であっても、病棟業務として参加しているので、当然ながら病棟勤務として扱うべきである。

【Ⅱ-2-(208)】 A234医療安全対策加算について、医療法上の医療安全対策を実施している場合の加算を設け、実際にかかる経費が保障できるようにすること。

要求理由 現場においては組織的な医療安全管理対策実施に際しての評価として、患者当たり1:85点、2:30点は非常に少ないことから、さらに引き上げるべきである。

【Ⅱ-2-(209)】 A234-2 感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算について、下記の改善を行うこと。

- ① 感染対策向上加算と外来感染対策向上加算を併せて届出・算定できるようにすること。
- ② 施設基準の大幅な緩和と報酬引き上げを行うこと。特に、新興感染症等への対応（感染患者の受け入れ・発熱患者の診療、ゾーニング・導線分離、訓練、協議など）については、感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の施設基準から除外した上で、保健所の機能強化や国庫負担の投入等により対応を図ること。
- ③ 感染対策向上加算1の施設基準通知の1の(7)において、「(2)のチームにより、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った医療機関と合同で」カンファレンスを行うこととされているが、「保健所及び地域の医師会と連携し、」

については、努力規定とすること。

- ④ 感染対策向上加算 1 の相互評価については、当面の間、努力規定とすること。
- ⑤ 加算 2・3 の医療機関の要件である「加算 1 の医療機関が主催するカンファレンスへの参加」について、2 年目以降は年 1 回以上とすること。
- ⑥ 感染制御チームによる院内巡回は、2 年目以降は 2 週に 1 回程度で良いこととすること。

要求理由 ①について、病院であっても、外来診療を行っていることから、少なくとも、感染対策向上加算と外来感染対策向上加算を併せて届出・算定できるようにすべきである。

②について、多くの医療機関が感染対策を充実させることこそ必要である。また、新興感染症等への対応は、患者負担を伴う診療報酬によって措置すべきものではなく、国の負担によって実施すべきものである。

③について、当面の間は努力規定とすべきである。

④について、当該要件について努力規定とすること。

⑤加算 1 の医療機関のカンファレンスへの参加は、2 年目以降は緩和することで、自院の感染対策へ集中できる。

⑥院内巡視は、届出 1 年目は頻回に行う必要があるが、2 年目以降は巡回を緩和することで、患者への対応を向上させることができる。

〔Ⅱ - 2 - (210)〕 A246入退院支援加算 1 の算定要件におけるカンファレンスの実施について、入退院支援部門からの出席は、看護師又は社会福祉士等のいずれかの出席があれば良い扱いとすること。

要求理由 入退院支援加算 1 の算定要件において「入院後 7 日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する」とされているが、①「病棟の看護師」は実際に患者を看ている立場からカンファレンスに参加し、②「病棟に専任の入退院支援職員」は病棟の入退院支援及び地域連携業務に携わっている立場からカンファレンスに参加する必要があるが、③「入退院支援部門」の看護師及び社会福祉士等は、医療機関として入退院支援及び地域連携業務に携わっている立場からカンファレンスに参加することで患者への入退院支援を十分に果たすことができるものであり、両者の参加を義務付ける必要はない。

「入退院支援部門」の看護師及び社会福祉士等の両方の参加を要件とすることは、入退院支援業務を非効率とさせてしまう。

〔Ⅱ - 2 - (211)〕 A247認知症ケア加算 2・3 について、病棟単位で算定可能とすること。

要求理由 病棟によって機能が異なる場合があるので、一部の病棟を認知症患者対応に特化させることで、当該病棟内の認知症患者を集中的にケア管理できる。またすべての病棟で算定可能とすること。

〔Ⅱ - 2 - (212)〕 口腔ケアを必要とする全ての病棟の入院患者に対して、歯科医療機関と連携して口腔ケアを行い管理することを評価した点数を新設すること。

要求理由 入院患者の治療の一環として口腔ケアが重要な役割を果たすが、歯科医療機関と連携して口腔ケアを行うと治療の効果がより高まる。現状ではこのような連携が評価されるのはごく一部に限られており、診療報酬上評価がなされていないものについては医療機関の負担で行わざるを得ない。医科歯科連携を促進し患者の治療効果を高めるためにも、口腔ケアに係る歯科医療機関との連携を評価した点数を新設すべきである。B009診療情報提供料（Ⅰ）の加算として、歯科訪問診療や周術期口腔機能管理を行う歯科医療機関に対して患者の紹介を行った場合に算定できる「歯科医療機関連携加算」や、A233-2 栄養サポートチーム加算の加算として、歯科医師が栄養サポートチームに参加して診療に従事した場合に算定できる歯科医師連携加算があり、A233リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算も新設されている。医科歯科連携の重要性が認識されることに伴って、診療報酬上も医科歯科連携に係る治療は評価されてきたところであり、さらに全ての入院医療機関で歯科医療機関との連携を評価した点数を新設すべきである。

【Ⅱ-2-(213)】 A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算について、全ての病棟及び有床診療所で施設基準の届出・算定ができるようにすること。少なくとも療養病棟など A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算の届出ができない病棟から急性期一般入院基本料等に転棟した場合は、算定できるようにすること。

要求理由 急性期一般入院基本料等以外の病棟や有床診療所でも算定できるようにすることで、ハイリスク患者への対応が広がる。また、少なくとも算定できない他の病棟から急性期一般入院基本料等に転棟した場合は、算定できるようにすべきである。

【Ⅱ-2-(214)】 有床診療所においても、下記の入院基本料等加算の届出・算定が可能とすること。

- ・ A231-4 摂食障害入院医療管理加算
- ・ A233-2 栄養サポートチーム加算
- ・ A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- ・ A242呼吸ケアチーム加算
- ・ A242-2 術後疼痛管理チーム加算
- ・ A247認知症ケア加算
- ・ A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算

要求理由 上記の基本料等加算は、それぞれに定められた人員を配置することなどが要件とされているが、有床診療所においても実施が可能である。地域の医療提供体制の充実が図られる視点から、有床診療所においても届出・算定を可能とすること。

【Ⅱ-2-(215)】 A218-2 離島加算を、離島・僻地等加算とし、僻地における医療提供について評価すること。

要求理由 現在の対象地域は医療圏単位で設定されており、広大な医療圏の中には過疎の地域が含まれていることがあることから、よりきめ細かく対象地域を設定すべきである。

〔Ⅱ - 2 - (216)〕 入院患者の受入時に、他医療機関で処方された薬も服薬管理の対応に含めるための取り組みについて評価の新設を行うこと。

要求理由 入院を受け入れる際、服薬中の患者が他院で処方された薬を持ってくることがある。種類を確認し、服薬の可否、残数の確認等、電子カルテに入力し、その指示に従い看護職員や薬剤師が病棟の薬剤カートにセットして服薬を管理する。この一連の業務を評価する加算点数を新設してほしい。現行では A244病棟薬剤業務実施加算という入院基本料等加算があるが、施設基準で病棟の専任の薬剤師が必要でハードルが高いため、入院料に付随する加算として何らかの評価がされるべきである。

特定入院料

〔Ⅱ - 2 - (217)〕 医学管理等及び在宅医療を包括する特定入院料について、退院時に医学管理等及び在宅医療の点数を算定できるようにすること。少なくとも B005- 1 - 2 介護支援等連携指導料を算定できるようにすること。

要求理由 例えば回復期リハビリテーション病棟の患者が退院する際に介護申請を行った場合など、病院から在宅療養の連携を密にして在宅での医学管理にスムーズに移行できるようにすべきである。

〔Ⅱ - 2 - (218) (新設)〕 地域包括医療病棟入院料について、看護基準は10対1相当ではあるが、主に下記の要件や施設基準が厳しいため、緩和すること。

- ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A 3 点以上、A 2 点以上かつ B 3 点以上、又は C 1 点以上」に該当する割合が16%以上（必要度Ⅰの場合）又は15%以上（必要度Ⅱの場合）であるととともに、入棟患者のうち入院初日に「B 3 点以上」に該当する割合が50%以上。
- ② 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が15%以上。
- ③ 平均在院日数21日以内。
- ④ 退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が 8 割以上。
- ⑤ 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が 2 名以上、専任の常勤の管理栄養士が 1 名以上配置。
- ⑥ 入院患者に占める、自院内一般病棟からの転棟割合が 5 %未満。
- ⑦ 直近 1 年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者のうち、退院又は転棟時における ADL が入院時と比較して低下した患者の割合が 5 %未満。

〔Ⅱ - 2 - (219)〕 A308回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者に、骨粗鬆症治療薬の薬剤料の算定を認めること。

要求理由 当該入院料の算定期間中において、B001・34二次性骨折予防継続管理料の口を算定可能であるにもかかわらず、管理中において使用を推奨される骨粗鬆症治療薬が、除外薬剤に収載されて

おらず算定できない。

【Ⅱ-2-(220)】 A308回復期リハビリテーション病棟入院料について、提供実績と実績指数の算出を不要とし、ADL 向上等、リハビリに対する効果を踏まえた報酬格差（アウトカム評価）を撤回すること。

要求理由 同じように治療を行っても、回復には個人差がある。アウトカム評価は、回復の見込みのある患者を選別してしまう危険性が高い。在宅復帰率の要件も同様の問題がある。診療報酬は、出来高払いを原則として評価すべきである。

【Ⅱ-2-(221)】 別表第5の1の2に抗悪性腫瘍剤を加えるなど、回復期リハビリテーション病棟入院料など投薬料が包括される入院料においても、抗がん剤などの高額な薬剤を投与する場合には、別途算定できるようにすること。

要求理由 DPC 病棟においては、当該1入院あたりの薬剤費が、各診断群分類で使用されている1入院あたり薬剤費の84% tile 値を超えている場合、当該医薬品を高額薬剤として指定され、高額薬剤が医療資源範囲に影響を及ぼさぬよう出来高扱いされている。出来高の入院料点数でも、一部で別表第5や別表第5の1の3などで抗悪性腫瘍剤が除外薬剤として規定されている。

しかし一方で、抗がん剤治療をしながら社会活動を行っている患者が、がん以外の理由で A308回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に入院した場合、一定の入院期間を要するにもかかわらず、抗がん剤が入院料に包括され別途算定できない。また、抗がん剤治療につき、入院中に他医療機関受診し、合議精算を行ったとしても、当該費用については持ち出しとなってしまう。抗がん剤治療が必要な患者が、抗がん剤治療以外を主目的とした入院であっても、安心して抗がん剤治療を受けながら当該病棟に入院できるよう、現在抗がん剤が包括されている回復期リハビリテーション病棟入院料等においても、別途算定可能とすべきである。

【Ⅱ-2-(222)】 A308-3 地域包括ケア病棟入院料について、下記の改善を行うこと。

- ① 2022年度診療報酬改定にて設けられた注9、注10、注11、注12、注13の減算規定を廃止すること。
- ② 2024年度診療報酬改定にて設けられた「40日以内」「41日以上」の区分を廃止すること。
- ③ 地域包括ケア病棟入院料の施設基準通知の(10)の「オ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること」との要件について、下記の場合も、これに該当する扱いとすること。
 - ア 当該保険医療機関において訪問看護を実施していること
 - イ 看護小規模多機能型居宅介護事業所が同一の敷地内に設置されていること
 - ウ 訪問看護サービスを行う定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が同一の敷地内に設置されていること
- ④ 医療法の療養病床である地域包括ケア病棟入院料の点数の引き下げを止めること（注1の減算を廃止すること）。

- ⑤ リハビリテーションを包括対象から除外すること。
- ⑥ 地域包括ケア病棟入院料の在宅復帰率について、2018年改定により在宅復帰機能強化加算届出の療養病棟、同加算届出の有床診療所、復帰機能強化型の介護老人保健施設が評価対象から外されたが、これを改定以前に戻すこと。
- ⑦ 在宅復帰率の計算対象から、急性期病棟への転棟患者を除外すること。在宅復帰機能強化加算を算定している療養病棟及び診療所療養病床への転院については「在宅等に退院する患者」に含めること。
- ⑧ 病態により60日を超えて地域包括ケア病棟における入院が必要な患者について、引き続き、同一点数で地域包括ケア病棟入院料が算定できるようにすること。
- ⑨ 在宅復帰率の要件について、「自宅等退院患者割合」についても、暦月で3カ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定を適用すること。
- ⑩ 1と3の施設基準のうち、前3月間において訪問診療30回以上か、訪問看護等を50回以上算定しているとの基準は外し、在宅医療を担う診療所との連携体制が緊密に行われていることを基準とすること。
- ⑪ 栄養サポートチーム加算、病棟薬剤業務実施加算、退院時共同指導料2、介護支援連携指導料、診療情報提供料を包括から除外すること。

要求理由 ①について、年々複雑化する診療報酬改定により、請求事務の負担が増大している。例えば地域包括ケア病棟入院料4では、注9（夜間看護体制特定日減算）、注10（自院内一般病棟からの転棟割合65%以上）、注11（在宅等復帰率7割未満の場合）の減算要件に該当する可能性があり、4つの要件を満たしているかの確認に加え、満たしていない場合には減算要件に応じた減算率をそれぞれ所定点数に乘じなければならない。

②について、高齢者の急性期・慢性期の入院を担う地域包括ケア病棟入院料において、「40日」という日数による点数差を設けることは、平均日数による乱暴な線引でありふさわしくない。

③について、訪問看護ステーションの設置について、施設基準通知の(10)は、当該医療機関が地域医療に果たす役割を評価するものであり、訪問看護の実施も認めるべきである。

④について、医療法の療養病床である地域包括ケア病棟入院料の点数が実質的に大幅な削減となったが、これは地域医療に果たしてきた療養病床である地域包括ケア病棟入院料の役割を無視するものである。

⑤について、地域包括ケア病棟は急性期から療養・在宅に移行するための役割を持つが、必ずしもリハビリテーションを必要としない患者もいることから、リハビリテーションの提供を出来高払いで評価することが必要である。

⑥について、地域包括ケア病棟は、急性期後の患者の受け入れのみでなく、施設等で急性増悪等があった患者を受け入れ、治療により元の生活へ戻す役割を有する病棟であるが、2018年改定で、在宅復帰の評価対象から外された介護老人保健施設等から患者を受け入れることが困難となっており、本来の役割を果たせなくなっている。

⑦について、在宅復帰機能強化加算を算定している療養病棟及び診療所療養病床は従来通り在宅など同様に判断すべきである。

⑧重症度が高い患者が増えており、在宅移行への調整が困難で時間がかかるケースもある。

⑪について、2022年度改定において、自院内転棟など入院経路に応じた減算等の措置が追加されたが、入院経路ではなく、入院中の医療の質に対する評価とすべきである。また、多職種参加を推進することでタスクシフトと地域密着型機能の充実につながる。包括事項の多い現行では退院支援等を短

期間で密に実施して退院するよりも手薄な退院支援等で60日入院した場合の方が運用収益が上がる仕組みになっており、地域包括ケア病棟の退院支援等の質が正當に評価されていない。

〔Ⅱ-2-(223)〕 A310緩和ケア病棟入院料について、基本点数を引き上げること。また注4にある緩和ケア疼痛評価加算について、疼痛だけでなく呼吸苦を有する入院患者も加算対象とすること。

要求理由 2022年改定で基本点数が100点引き下げられ、緩和ケア疼痛評価加算100点が新設されたため、従来と同じ点数を算定するためには同加算の要件を満たさなければならない。しかし、緩和ケア疼痛評価加算は、「疼痛を有する入院患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導等を実施した日に限り算定できる」とされているため、悪性腫瘍の患者に多い呼吸苦を有する患者への評価や指導は加算の対象外となってしまう。基本点数の引き上げを求めるとともに、実態に合わせて、呼吸苦に対する療養上必要な指導等を実施した場合にも加算の評価を求める。

〔Ⅱ-2-(224)〕 A310緩和ケア病棟入院料や A400短期滞在手術等基本料3等についても J038人工腎臓に伴って使用した人工腎臓用特定保険医療材料の費用は別途算定できることを示すこと。

要求理由 2016年3月31日付事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」の（問78）で、「回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料において、J038人工腎臓の費用は別途算定できることとなっているが、J038人工腎臓に伴って使用した人工腎臓用特定保険医療材料の費用は別途算定できるか。」との問いに「できる」と回答されている。この疑義解釈はあくまでも例示であると考えているが、A310緩和ケア病棟入院料や A400短期滞在手術基本料3等についても同様に「人工腎臓に伴って使用した人工腎臓用特定保険医療材料の費用は別途算定できる」こととすべきである。

〔Ⅱ-2-(225)〕 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料について、

- ① 点数を大幅に引き上げること。
- ② 施設基準において、看護師の配置基準を緩和すること。

要求理由 ①について、集中的な治療による地域移行を目指す上で、治療抵抗性統合失調症治療薬の使用や精神保健福祉士や作業療法士の増員による手厚い医療提供実現の結果コストが増大しており、引き上げることが必要である。

②について、精神科病棟において質の高い医療と退院促進を目指す上で、多職種による日頃のチーム医療が必要である。また、看護師の配置基準を緩和し、他職種を含む配置基準とすべきである。

〔Ⅱ-2-(226)〕 A312精神科療養病棟入院料、A314認知症治療病棟入院料において、抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬を出来高算定できるようにすること。

要求理由 精神科疾患を有する患者であって長期に入院する患者が対象だが、悪性腫瘍に罹患する患者が増えている。

短期滞在手術等基本料

〔Ⅱ-2-(227)〕2024年度診療報酬改定にて短期滞在手術等基本料1は、「主として入院で実施されている手術」か否かにより区分けされ、「主として入院で実施されている手術」以外については大幅に点数を引き下げられたが、区分を廃止し、主として入院で実施されている手術を行った場合の点数に統一すること。

要求理由 年々複雑化する診療報酬改定により、請求事務の負担が増大している。これ以上細分化すべきではない。また、「主として入院で実施されている手術」とそれ以外を区分けした根拠も判然としないため、区分を廃止することを求める。

〔Ⅱ-2-(228)〕A400短期滞在手術等基本料1について、回復室の勤務について、診療所については一定の要件を満たせば、准看護師の勤務でも可とすること。

要求理由 診療所においては、准看護師のみの勤務も少なくない。診療所においては「患者が回復室に在る時間帯に、医師が院内において待機（診療に従事していても良い）しており、かつ、状態に変化がある場合は直ちに医師が診察を行える状況にある場合であって回復室における対応についてマニュアルを定めている場合は、准看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していることでも良い」こととすること。

〔Ⅱ-2-(229)〕A400短期滞在手術等基本料3について、下記の改善を行うこと。

- ① 短期滞在手術等基本料3のDRG/PPS化をやめ、行った医療行為について正当に評価すること。
- ② 短期滞在手術等基本料3の包括範囲から、A218地域加算とA218-2離島加算を除外すること。

要求理由 ①従前の短期滞在手術基本料においても入院期間にかかわらず算定することから、5日以上に必要な入院期間を確保しないまま退院に至る可能性があった。必要な医療を個々の患者の状態に応じた出来高払いで保障すべきである。

②地域加算及び離島加算は、当該医療機関の所在地における費用差を評価したものであり、包括すべきではない。

看護職員処遇改善評価料

〔Ⅱ-2-(230)〕看護職員処遇改善評価料について、下記の改善を行うこと。

- ① 届出要件から施設基準要件（A205救急医療管理加算を届け出て救急搬送実績が年間200件以上ある医療機関又は、救急救命センター、高度救命救急センター、小児救命救急センターである医療機関）を廃止し、すべての病院・有床診療所で届出・算定ができるようにすること。
- ② 少なくとも、A205救急医療管理加算の届出は要件から外し、救急搬送実績が年間200件以上ある医療機関はすべて対象にすること。

③ 同一法人内であれば、他の医療機関・介護事業所の看護・介護職員の処遇改善に補助金や報酬を充てることができるようにすること。

要求理由 看護職員の処遇改善は、必要・不可欠である。しかし、一定の要件を満たす医療機関だけを対象にした現行の看護職員処遇改善措置では、①地域の医療機関間での賃金格差が拡大し、再編・淘汰が広がる、②同一法人内での報酬の配分が禁止されているため、同一法人内でも要件を満たせない医療機関は、同一職種でも賃金格差が生じる、③事務職などへの配分が禁止されているため、不公平が生じる等の問題がある。すべての医療機関で看護職員処遇改善評価料が算定できるようにすべきである。

入院時食事療養費・入院時生活療養費

【Ⅱ-2-(231)】入院時食事療養・入院時生活療養について、

① 入院時食事は医療の一環として提供されるべきとされている。食事を提供するための設備・水道光熱費や人件費の上昇分を反映するとともに、材料費についても保険給付に戻した上で、「あるべき入院時食事療養」に見合った設定を行い、患者に求める入院時食事療養標準負担額ではなく保険料や国庫負担で大幅に引き上げること。入院時食事療養（Ⅱ）については少なくとも1日につき2,300円以上とし、入院時食事療養（Ⅰ）等はさらに引き上げること。

要求理由 入院基本料の引き上げ要望と同様、異常な物価高の中で一刻も早く引き上げを求める。自宅療養（ホテル療養を含む）を行う新型コロナウイルス感染者に対する配食サービスは、1食につき1,500円（配送費・飲料費を除く）を上限として補助が行われていた。また、2024年改定では、物価高騰を鑑み、入院時食事基準額が20円引き上げられ、同年末の期中改定（2025年4月実施予定）でもさらに20円引き上げられる。しかし、患者側にばかり負担が強いられており、政府や保険者による負担を求める。

②水道光熱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。

③入院時食事療養（Ⅱ）についても、食堂加算を設定すること。

要求理由 入院時食事療養Ⅰの食堂加算について、一定規模の食堂を備えていることの環境に対する評価であるため、食事療養Ⅱにおいても加算できるようにすべきである。

④入院時食事療養費の標準負担額に関して、状況により長期入院を要する場合は高額療養費のような限度額を設けるか、入院期間による逓減措置を設けること。

要求理由 1食460円の標準負担額では1日3食で食事代だけで月4万円以上が必要となる。長期入院を要する場合は支払困難となる患者が増えると考える。

届出要件等

【Ⅱ-2-(232)】届出要件のうち、届出受理後に変動が発生した場合であっても、一定の範囲内であれば変更の届出を要しないとの取り扱いがあるが、この対象となる点数及び要件

を明示すること。

要求理由 要件変動の特例措置の対象が必ずしも明確でない。医療現場における管理上の混乱が生じないよう、あらかじめ対象となる点数及び要件を明示すべきである。

〔Ⅱ - 2 - (233)〕 有床診療所入院基本料及び有床診療所入院基本料における医師配置加算、看護配置加算夜間看護配置加算、看護補助配置加算についても届出受理後の要件変動の特例を設けること。

要求理由 病院だけでなく、有床診療所の入院料やその加算についても同様の取り扱いとすべきである。

〔Ⅱ - 2 - (234)〕 医療法で定められている長期休暇者の取り扱い等を診療報酬においても適用すること。

要求理由 医療法第25条第1項では、「当該病院に勤務していない者で、長期にわたって勤務していない者（3カ月を超える者。予定者を含む）については、理由の如何を問わず医師数の算定には加えない」とし、3カ月を超えない範囲で医師数の算定に加えられる取り扱いが示されている。医師の配置が医療法上認められているのであれば、診療報酬上も同様の取り扱いとすべきである。

〔Ⅱ - 2 - (235)〕 サイバー攻撃を受け、電子カルテや診療報酬請求システム等が損害を受けた場合は、概算請求を認めること。また、データ提出加算を含めた施設基準要件についても特例的な対応を行い、要件を満たすものとする。

要求理由 サイバー攻撃は、自然災害と同様の被害をもたらす。地域住民に必要な医療を継続して実施できるよう、概算請求や施設基準要件の特例を認める必要がある。

Ⅱ - 3 2026年診療報酬改定に向けた保団連歯科改善要求

【技術料の評価について】

【Ⅱ - 3 - (1)】 技術料の評価を抜本的に引き上げること。

要求理由 2021年に歯学系学会社会保険委員会連合が、診療行為別に人件費や材料価格などを積算した「歯保連試算2021」を策定している。一例を挙げると抜髄（単根管）：8,546円（時間：24分）、根管貼薬（単根管）：2,666円（時間：12分）、有床義歯床下粘膜調整処置：17,440円（時間：17分）、永久前歯抜歯：43,161円（時間：60分）と試算されているが、現行の保険点数では、それぞれ234点、33点、110点、160点と所要時間から考えると驚くべき低評価である。

また、個別に点数項目を見てみると、歯科衛生実地指導料、細菌簡易培養検査、電氣的根管長測定検査、外科後処置、暫間固定、歯周治療用装置などは、20年以上点数は据え置かれたままである。

「試算」や日本歯科医学会がまとめた「歯科診療行為のタイムスタディ調査」などを参考にして、人件費や物価が高騰する中、診療に係る医療材料費や人件費等を適正に評価すべきである。

患者・国民の口腔の健康のため、日々診療を行っている歯科医療従事者の努力を正当に評価し、歯科医療機関の経営を改善するためにも、技術料の評価の抜本的な引き上げが不可欠である。

【新しい病名について】

【Ⅱ - 3 - (2)】 新しい病名として、「糖尿病性歯周病」を導入し、提供体制の推進を行うこと。

要求理由 糖尿病については2023年の国民健康・栄養調査によると、強く疑われる者の割合が男性16.8%、女性8.9%である。糖尿病と歯周疾患の関連については、「糖尿病患者に対する歯周治療のガイドライン改訂第2版」（日本歯周病学会）においても、CQ1「歯周治療はHbA1cの改善に有効ですか？」の推奨度は、初版でのグレードC1からBにレベルアップし、糖尿病患者に対する歯周治療の有効性が近年支持されるようになっている。また、2024年改定で、医科点数表の生活習慣病管理料の通知で、「糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科への受診を促す」ことが、明記された。「糖尿病性歯周病」を導入して、提供体制の推進を行っていくべきである。

また、糖尿病に関連して、糖尿病や肥満の原因として糖質の摂りすぎや疾病ドミノを予防する上で、歯科医師が管理栄養士に食事指導依頼が出せるようにするため、診療報酬での評価をすること。

【小児口腔機能管理料の注3（口腔管理体制強化加算：口管強）について】

2024年に導入された口管強については、施設基準の要件が歯科医療の技術とは関係のない要件があり、かつ、一般の歯科診療所でも提供している医療行為、例えば歯周病安定期治療についての点数や算定間隔、エナメル質初期う蝕患者、根面う蝕患者に対する口管強およびF局、歯清の算定などで差別的な取り扱いとなっている。「か強診」からの問題点、矛盾点は引き続き改善されていない。また、施

設基準の項目も増え複雑化しており、届出に際してかなりの負担と混乱を敷いている。これらを解決し、患者・国民に等しく良質な歯科医療を提供できるよう以下の要求をする。

【Ⅱ-3-(3)】口管強と関連付けされた「エナメル質初期う蝕患者の口管強およびF局、歯清の算定」「根面う蝕患者に対する歯清の連月算定」「歯周病安定期治療の連月算定」および「歯周病安定期治療から移行した歯周病重症化予防治療の連月算定」などは、全ての歯科医療機関が同じ条件で取り組めるように再編・整理すること。

要求理由 口管強の届出を行った歯科医療機関においては、エナメル質初期う蝕患者に対するF局、歯清の連月算定、根面う蝕患者に対する歯清の連月算定、歯周病安定期治療の連月算定、歯周病安定期治療から移行した歯周病重症化予防治療の連月算定が認められている。施設基準と関連付けされた上記の治療行為について、施設基準の届出の有無で格差をつけることは、医学的根拠がなく、同じ医療行為ですべての歯科医療機関が取り組めるにもかかわらず算定間隔に差があることは、歯科医療機関間に無用な格差を持ち込み、その結果患者や医療従事者にとって理解しにくい評価となっている。何よりも、患者が受ける医療に格差をもたらしていることは大きな問題である。

なお、初診時から周術期等口腔機能管理料を算定している患者に対しては、通信画像情報活用加算や歯科疾患在宅療養管理料における居宅療養管理指導費等のみなし算定のように、周術期等口腔機能管理計画策定料に歯科疾患管理料の計画内容を含む場合は、歯科疾患管理料を算定しているとみなして、同加算の算定を認めるべきである。切れ目のない長期維持管理の評価は、届出医療の有無で振り分けるのではなく、歯科医療機関間、医科歯科医療機関間、多職種連携等の診療情報の提供・共有など、行為を個別に評価すべきである。

【Ⅱ-3-(4)】口管強の施設基準について医療技術と関係のない人員配置要件は外すべきである。

要求理由 口管強の施設基準について、人員配置要件に歯科医師の複数名の配置または歯科医師と歯科衛生士の配置が求められている。歯科診療所数について、2018年から2024年の個人立と医療法人立の推移を見てみると、個人立では54122から49222に減少、医療法人立では14061から16895に増加し、人員が法人に集中する傾向が強まっている。歯科医師1人で地域医療を支えかつ地域の事情によって歯科衛生士の雇用が困難な場合は、届出ができないことになる。医療技術と関係のない人員配置要件は外すべきである。

【病院歯科の充実について】

【Ⅱ-3-(5)】超高齢化、疾病構造の多様性を鑑み、病院歯科の役割を明確化し、その機能を充実させるためにも、抜本的に評価を見直し、大幅に引き上げること。また、入院患者に実施している肺炎予防のための口腔衛生処置、口腔機能管理の点数を新設すること。さらに、歯初診および外感染の院内感染防止策に係る研修受講の要件について、病院歯科の場合は除外すること。

要求理由 病院歯科では、歯科口腔外科だけでなく他科の入院患者の口腔管理やリハビリを含めて他（多）職種との連携を実施している。また、病院歯科の特性を生かして、高次医療だけでなく地域の実情に応じた困難事例（訪問診療の後方支援含む）の受け入れや全身管理を必要とする障がい者の診療などの役割を担っている。これらの取り組みを推進するためにも、病院歯科での処置・手術について、特段の評価をするべきである。

病院経営において、長らく歯科は不採算部門として指摘されることが多く、設置病院の数は減少傾向が続いてきた。ようやく最近になって、地域医療や周術期などの口腔機能管理を通じて院内における歯科の役割が再評価され、存在意義が高まっている。病院歯科固有の診療内容なども考慮し、その役割に見合った、不採算とならないような基本診療料および手術等の技術料の大幅な引き上げが必要となっている。

また、病院歯科では研修会の講師を担うなどの役割を果たしているが、施設基準の届出要件を満たすためには、当該講師においても院外の研修受講が求められる状況となっている。歯科初診料の施設基準については廃止をするべきであるが、少なくとも廃止までの間は病院歯科の担っている役割や院内での委員会の設置などの対応などを考慮し、当該研修受講の要件について病院歯科の場合は除外（満たしているとみなす）するよう求める。

【届出医療について】

【Ⅱ-3-（6）】届出医療において、施設基準の研修要件として課す必要性の乏しいもの、施設基準と給付内容との関連性が希薄なもの、施設基準の人員要件が地域間格差や偏在を生んでいるものについて、廃止を含めて抜本的に見直すこと。

要求理由 施設基準要件のうち、歯科衛生士の配置が要件とされているものには、口腔管理体制強化加算、歯科外来診療医療安全対策加算、歯科外来診療感染対策加算2、在宅療養支援歯科診療所、歯科治療時医療管理料があるが、地域間格差によって「歯科衛生士を雇用したくとも雇用できない」等の実態がある。地域の実情に即した施設基準となるよう届出要件を抜本的に見直すこと。

歯初診注1の研修のように医療法の定め以前から義務付けられており、既に96%が届出をしている、届出の有無にかかわらず、歯科医療機関であれば当然実施しているような項目を届出医療にする必要はない。また、「歯科疾患の重症化予防に資する継続的管理の研修」のように簡易でどの保険医療機関にも当てはまるもの、歯科治療時医療管理料のように、施設基準の人員要件が地域間格差や偏在を生んでいるものなど、一部の患者に不利益をもたらすとともに、口管強のように臨床現場に混乱と格差をもたらす施設基準は、撤廃・整理すべきである。

歯科訪問診療について、病院と診療所で取り扱いが違う「歯科訪問診療の注15に規定する施設基準」は、全く根拠がないので、届出制を撤廃すべきである。

【チーム医療について】

【Ⅱ-3-（7）】歯科衛生士の評価を抜本的に見直すこと。施設基準要件における「歯科衛生士の配置」をもって、歯科衛生士の評価をするのではなく、外来診療において医学管理、訓練やリハビリテーションなどの診療の補助行為を行った場合の評価をすること。また、歯科衛生士の専門性の評価を拡大すること。

要求理由 外来診療においては、歯科訪問診療補助加算のような歯科衛生士の評価はない。医学管理のうち、小児口腔機能管理料と口腔機能管理料について、歯科衛生士が補助を行った場合の評価を「診療補助加算（仮称）」とすることを求める。また、「歯科衛生実地指導料」や「訪問歯科衛生指導料」は点数が低すぎる。必要な場合は複数回も認めるなど算定要件を見直すことで働き続けられる環境を整備すること。

また、専門的口腔ケアの重要性や、多職種連携、チーム医療が重視される中、業務範囲が広がり多様化しているにもかかわらず、歯科衛生士に関わる診療報酬上の評価は低い。口腔機能の維持・増進が健康長寿につながる禁煙指導や食育など歯科医療の保険給付範囲を拡大し、歯科衛生士が実施した場合の算定を認めることで医科・歯科間の有機的連携も推進できる。

【Ⅱ-3-(8)】患者の口腔の健康増進に資するため補綴治療の質を確保し、歯科技工士の就労や歯科技工所の経営を守るために、製作技工に要する費用及び製作管理に要する費用を大幅に引き上げるなど、歯科技工士の適正な評価を確立すること。

要求理由 長時間・低賃金の労働について、保団連が行った全国歯科技工所アンケート調査では、過労死ライン（一日12時間、週60時間程度の労働時間）が、日で4割、週で5割超となっており、過酷な状況が明らかになった。歯科技工士の離職と高齢化や歯科技工士学校数・入学者数の減少が進み、近い将来、患者、国民への良質な補綴治療が提供できなくなってしまう危機的な状況にある。歯科技工士の適正な評価を確立するためには、歯科技工の委託技工料に係る問題を解消することを目的とした抜本的な点数引き上げが急務である。とりわけ、義歯製作の技術が継承できず、地域の歯科技工所に義歯の作製を依頼できない状況も生まれている。今後、患者、国民への良質な補綴治療が提供できなくなってしまうことが危惧されている。国はもっと危機感を持つべきである。

さらに、保険点数の引き上げに加えて、労働時間と原価計算に基づいた製作技工・保険点数の決定プロセスを確立することや歯科技工士に適切な技術料（委託技工料）が渡るような実効性ある取引ルールの確立をはかるべきである。現在、歯科技工は、歯科技工士の異常な長時間・低賃金労働に支えられており、これからの保険診療の補綴治療を守るために、現状の改善は急務である。

歯科技工士の長時間・低賃金労働の直接の要因は低廉な歯科技工料（委託技工費）にあるが、問題の根本は、多くの部分で不採算となっているチェアサイドの技術料（歯冠形成、印象採得、咬合採得、試適、装着などの歯科医師の技術料）の低評価など、歯科技工料の支払いの原資となる診療報酬そのものが低すぎることにある。歯科医療機関・歯科技工所の経営がともに成り立つよう、歯科診療報酬の大幅な引き上げを求める。

上記に加えて、歯科技工加算、歯科技工士連携加算の点数を引き上げるとともに、専門職間の連携を重視する観点から、歯科技工加算については、歯科技工士連携加算と同様に院内・院外を問わずに算定できるようにするべきである。そのために、歯科技工加算の施設基準に設けられている「歯科医療機関内に歯科技工室を有していること」を撤廃すること。

また、同アンケート調査では歯科技工所特有の「高齢」かつ後継者のいない「一人親方」が約8割となっている。こうした事業所形態ではCAD/CAMシステムや光学印象など高額な設備投資はハードルが高い。新規技術を保険収載することは重要であるが、経済的に余裕のある大手技工所が対応できる技術のみを保険収載しては寡占状態に陥り、歯科技工の技術継承と健全な市場の形成・存続を妨げ、歯科関連産業自体の先細りに拍車をかけてしまうことになる。現状では義歯や多数歯欠損のブリッジなどの製作技術を全てデジタルに置き換えることができないため、長年にわたり歯科技工を

支えてきた技工士の技術が必要である。現存する全ての歯科技工所が存続し、継承者を育成するためには、例えば、硬質レジンジャケット冠など、広く普及した技術に関する技術料等の見直しが必要である。

【保険給付の拡大について】

【Ⅱ-3-(9)】「保険のきく範囲を広げて欲しい」という国民大多数の強い願いを実現するためにも、十分普及している保険給付外の技術および材料は不採算とされない点数で保険に導入し、新規技術の保険導入に当たっても、評価基準を明確にして、不採算とされない点数で導入すること。

要求理由 高い窓口負担と、歯科では保険のきかない自費治療の存在や、「医科の治療を優先する」との患者の心理などが歯科受診の弊害となり、早期発見・早期治療を困難にし、さらに治療の中断を生んでいる。金銀パラジウム合金の異常な高騰も患者負担を引き上げる要因となっている。「保険で良い歯科医療を」全国連絡会が2021年に実施した市民アンケートでは、保険適用範囲の拡大と窓口負担の軽減が、歯科医療に対する患者・国民の最大の願いであることが示されている。

この改善に向けて、金属床部分義歯、ジルコニア等、十分普及している技術・材料は、医療機関が積極的に活用できるよう適切な評価をし、直ちに医療機関が不採算とされない点数で保険導入すべきである。

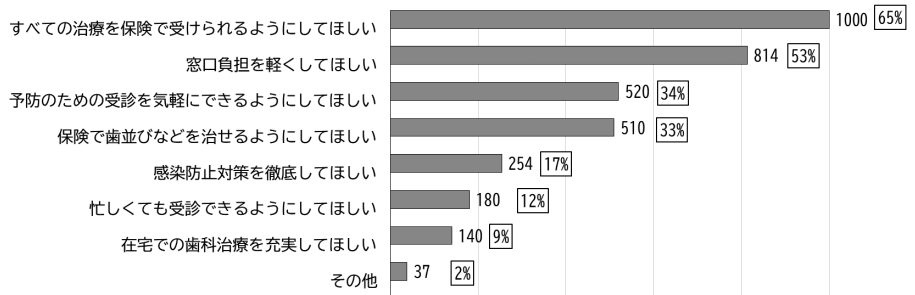
また、2022年度歯科疾患実態調査によると、「補綴の状況」のうち「一部完了」者が22.1%、「未処置」歯は13.8%と、前回調査（2016年）に比べて増加し、特に、「未処置」者の割合が増加傾向を示したのは、2011、2016年と2回連続である。経済状況も相まって、受診控えが浮き彫りになったが、窓口負担の問題の改善が急務である。

さらに、学校歯科健診で機能的因子による歯列・咬合不正などを指摘され、評価基準により口腔機能発達不全症と診断された場合、小児口腔機能管理料における訓練料や口腔内装置などの評価を引き上げることをはじめ、矯正治療が必要と診断された場合の歯科矯正については、歯科矯正医との連携を図った上で、整備も踏まえて、保険適用すべきである。また、歯科矯正相談料について、学校健診の結果をもって受診するケースは非常に少ないため、学校健診に限らず保護者からの相談であれば算定できるよう要件を緩和すること。

レーザー、歯周組織再生誘導手術をはじめこの間少ないながらも新規保険導入が図られたが、評価が著しく低く医療機関での活用が妨げられている。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応えられるよう、過去に保険導入された新規技術についても評価を適切に引き上げるべきである。

安心して歯科治療を受けられるよう希望すること(3つ選択)

N=1479(「忙しくても受診できるようにしてほしい」を省略した地域があり、この選択肢のみN=992)



【金銀パラジウム合金について】

【Ⅱ-3-(10)】金銀パラジウム合金の材料告示は、「逆ザヤ」が生じないように実勢価格に基づき実施すること。価格変動に即時対応できるよう、急激な価格変動が生じた場合には、年4回にかかわらず緊急改定を行うこと。

要求理由 金銀パラジウム合金は異常な高騰が続き、診療報酬改定の時点で、すでに市場価格との逆ザヤが生じていた。これを少しでも解消する目的で導入された随時改定Ⅱでも急激な変動に対応できず、2022年改定では変動幅にかかわらず年4回実施するルールに変更した。しかし、随時改定は後追いの改定であることに加え、素材価格の増減をもとに理論値で算出するため、実勢価格との乖離が検証されない仕組みとなっている。歯科補綴の安定供給のためには、市場価格の公的なモニター制度を導入するなど抜本的な見直しが必要である。当面、基準改定に用いる市場価格調査と随時改定で用いてきた理論値との乖離を検証することで乖離度を縮めるとともに、随時改定に用いる期間と告示までのタイムラグを極力短くすること。

また、急激な価格変動に対しては、緊急改定のような迅速な対応を行うこと。

【個別項目について】

基本診療料

【Ⅱ-3-(11)】初診料・再診料を大幅に引き上げ、少なくとも基本診療料や、医療DX加算などにおける医科歯科間格差の解消を行うこと。また、初診料の注1における院内感染防止対策に係る評価については、現行の施設基準としての届出医療を廃止し、日常的に徹底した感染対策を行っていることを正当に評価すること。

要求理由 新型コロナウイルス感染症の拡大によって、感染防止対策の重要性が改めて浮き彫りになった。歯科においては、以前より徹底した感染防止対策を歯科医療機関の努力によって行われてきたことは周知のことである。「医療安全を確保するために—院内感染対策費の検討」(日本歯科医療管理学会雑誌第51巻第1号40-45(2016))によると、患者一人当たりの院内感染対策費は1,058円であり、対して再診料45点+歯科外来診療環境体制加算4点=490円(当時)とあまりにも隔たりが大きいと

指摘している。

全ての歯科医療機関で感染症に対する患者のニーズや安心安全の医療を実現するためにも、基本診療料である初診料・再診料を適正に評価し、大幅に引き上げること。少なくとも医科歯科間にある格差は解消し、医科と同評価とすべきである。初診料の注1は、院内感染防止対策に係る届出が、ほぼ100%であるという現状と、歯科においては特に感染対策は当然実施すべきことであることから、施設基準としての届出医療とする必要性はなく、廃止すべきである。その上で、地方厚生局が指定時更新の際に行っているWEBによる研修のように、厚労省が感染防止対策に係る研修を行うべきである。

医学管理

〔Ⅱ-3-(12) 歯科疾患管理料におけるう蝕多発傾向者について、判定基準を抜本的に見直し、小児う蝕の現状に即した取り扱いとすること。また、初診日の属する月に算定する場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する取り扱いであるが、所定点数での算定とすること。

要求理由 中医協で示された資料にある通り、小児のう蝕は激減している。健診等でも明らかであり、う蝕治療が主訴でない場合でも、修復されている歯の状態によりう蝕多発傾向者と判定された場合に管理を行っていけることが、う蝕の発生、重症化予防に資すると考える。また、う蝕多発傾向者の判定で、8歳～11歳の年齢区分は「乳歯または永久歯の処置歯数の合計が2歯以上」で適応とすること。

また、歯科治療を行う上で、初診時に治療計画を作成して医学管理を行う行為は非常に重要なものである。それにも関わらず、初診月の歯科疾患管理料減算は臨床上においても歯科医学的妥当性に欠けるものと言わざるを得ない。

〔Ⅱ-3-(13) 小児口腔機能管理料について、診断のための検査、また、管理にあたり必要となるスタディモデル、口腔内カラー写真撮影を評価する点数を別途新設すること。口腔機能管理料について、機器を用いずとも口腔機能低下症と診断されれば算定できるように要件緩和をし、口腔機能の改善、重症化予防が推進できるようにすること。

要求理由 口腔機能管理料、小児口腔機能管理料については、診断のための検査の評価は据え置かれたままである。口腔機能管理料の検査では、咬合圧検査、咀嚼能力検査の併算定を認め、舌圧計のように検査機器に施設基準を設けることはやめること。咬合圧検査、舌圧検査、咀嚼能力検査、口腔細菌定量検査のみ評価があるが、ほかの検査についても適正な評価を行うこと。また、口腔機能管理料は、算定要件にこれら4検査のいずれかを含めた3項目の検査で下位症状が認められた患者が対象であるという要件があるため、口腔機能低下症であっても当該項目の検査を行わなければ算定できない矛盾がある。口腔機能低下症と診断されれば算定できるように要件緩和を求める。小児口腔機能管理料については、離乳完了前・離乳完了後のいずれの検査も評価がない。診断のためのスタディモデル、口腔内カラー写真などしっかり取り組める点数設定が必要だと考える。また、算定要件となる3項目の検査はいずれの検査でも認めるべきである。令和2年度と令和5年度の社会医療診療行為別統計の5月診療分での算定回数を比較すると、口腔機能管理料は27,114から74,283、小児口腔機能管理料は48,083から130,259と伸びてはいるものの、まだまだ少ない。2024年改定で訓練に対しする評価と

して、歯リハ3と口指導が導入されたが、非常に不十分である。

口腔機能の低下、口腔機能発達不全の重症化予防のためにも、これらの管理の推進が重要であり、そのためにも、診断、訓練に対する評価を正当に行うべきである。また、小児の口腔機能発達不全の改善のため、言語聴覚士への指示（在宅での単独訪問指導も含めて）が、歯科医師でも可能なようにすること。

〔Ⅱ-3-(14) 歯科疾患管理料の総合医療管理加算及び歯科疾患在宅療養管理料の在宅総合医療管理加算について、「総合医療管理料（仮称）」及び「在宅総合医療管理料（仮称）」として独立評価し、口腔機能管理料や小児口腔機能管理料と同様に、歯科疾患管理料及び歯科疾患在宅療養管理料の算定日以外でもそれぞれ算定できるように改変すること。

要求理由 初回算定の場合、医科から診療情報提供書による紹介があった場合を除き、通常は医科に照会をかけ、医科からの返書を待って算定することになる。そのため、受診から医学管理を始めるまでにタイムラグが生じることから、お薬手帳等で投薬の状況が確認できた時点からの算定とすべきであり、歯科疾患管理料（歯科疾患在宅療養管理料）の算定日に限定せず、歯科疾患管理料（歯科疾患在宅療養管理料）とは別に算定できるよう改めることが必要である。

〔Ⅱ-3-(15) 周術期等口腔機能管理の管理計画に歯科疾患管理料の計画内容を含む場合には歯科疾患管理料を算定したものとみなす取り扱いとすること。

要求理由 周術期等口腔機能管理を行う場合、周術期等口腔機能管理計画策定料および周術期等口腔機能管理料Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳのいずれかを算定することになり、実質的に歯科疾患管理料が算定できない。そのため、歯科疾患管理料の算定が前提となっているフッ化物歯面塗布処置、機械的歯面清掃処置、歯周病安定期治療、歯周病重症化予防治療、口腔機能管理料、小児口腔機能管理料など中長期的の管理が必要な患者への評価がない状態になる。周術期等口腔機能管理計画策定料に歯科疾患管理料の計画内容を含む場合には認めるなどの措置を講じることを求める。

〔Ⅱ-3-(16) 歯科治療時医療管理料について、歯科衛生士の人員配置は地域間格差を生み、地域医療の実態ともかけ離れていることから、施設基準から外し、適応拡大もすべきである。

要求理由 歯科治療時医療管理料はモニタリング行為そのものへの評価であり、歯科衛生士の参画は不可欠ではないはずだ。有病高齢者の多い過疎地域で歯科衛生士がいない場合も含めて、安全な治療のために必要なモニタリングは多くの医療機関でも行っている。適応病名が限定されているなど、裁量が著しく狭い。現行の施設基準は給付内容との不整合が著しく、とりわけ、歯科衛生士の配置がなければ、同管理料が実施できないとの制限は不合理であり廃止を求める。

モニター装着下に局所麻酔を行った症例すべてに適応し、迷走神経反射や妊娠中など対象疾患に関わらずモニタリングが必要と判断した患者に対して算定可能にすべきである。

〔Ⅱ-3-(17) 歯科衛生士実地指導料の点数を大幅に引き上げるとともに評価を抜本的に見直すこと。

要求理由 歯科衛生実地指導料について、現行の評価では人件費などを考慮すると赤字に近い状態になるため、評価の引き上げが不可欠である。現在の15分以上の実地指導で80点（800円）では到底割に合わない。2000年以前から四半世紀以上、点数が据え置かれている。一方厚生労働省の賃金構造基本統計調査の一般労働者平均において2000年220.6千円から2024年275.3千円に引き上がっている（便宜上女性の平均賃金を引用）。さらに、同調査の職種別経験調査指数を乗じた値（2024年）は、経験年数2年以降から1,600円を上回り、10年で1,947円となる。1時間に3人以上の患者を指導しなければ賃金が確保できない。その他業務もある中で、評価されている点数があまりにも低すぎる。時間要件は廃止するとともに、歯科衛生実地指導料と類似の診療行為である訪問歯科衛生指導料は月4回の算定を限度としている。歯科衛生実地指導料の月1回の算定制限を見直し、算定も訪問歯科衛生指導料と同様の回数を算定できるようにすべきである。また、口腔機能指導加算については、12点の評価を見直し引き上げること。

【Ⅱ-3-(18) 診療情報提供料（Ⅰ）注7に係る加算（注7加算）について、歯科訪問診療料を算定した患者も対象に含めること。

要求理由 注7加算は、歯科診療特別対応加算を外来で算定した患者を紹介した場合に算定できるが、外来に限定され、訪問診療の患者は除外されている。外来と訪問診療を区別する理由はなく、歯科訪問診療料を算定した患者も対象に含めるべきである。

【Ⅱ-3-(19) 新製有床義歯管理料は、新製有床義歯の製作物単位で算定できるようにすること。

要求理由 現行では、「1口腔単位」での算定となっている。有床義歯の管理は、義歯という技工物に対して行うものであり、口腔に対して行うものではない。2020年度改定においても、義歯の「困難な場合」と「それ以外の場合」の取り扱いについて、「口腔の状況」から「対象義歯」で考えることに変更されている。併せて、同様に変えるべきである。

「製作物単位」での算定にすれば、同一初診内では6月に1回のみの算定、初診が変われば再度算定できるという根拠のない不合理は解消され则认为る。

【Ⅱ-3-(20) 歯科治療への影響や禁煙による疾患リスクの低下について様々な報告がある。喫煙者に対する禁煙支援のため、歯科の立場から「慢性歯周炎患者の禁煙指導」を導入すること。

要求理由 2023年の国民健康・栄養調査によると現在習慣的に喫煙している者の割合は15.7%であり、男性15.7%、女性6.9%、この10年間で見ると男女とも有意に減少しているが、歯周病患者の比率の多い40～50歳代男性では3割を超えている。歯科においては、指導や予防処置を日常的に行っていることから、禁煙支援を実施しやすい環境が整っている。喫煙と歯周病の重症化、受動喫煙と歯周病、さらに、その他の全身への健康障害について積極的に啓発し、歯周基本治療の一貫として禁煙指導をはかることは、重要である。日本口腔衛生学会による『歯科における簡易禁煙支援のエビデンス』や日本歯周病学会による『歯周治療における禁煙支援の手順書』がすでに示されており、学会からの手順書にそった歯科の立場からの禁煙指導の評価を導入すべきである。同指導については、歯科

衛生士、歯科医師いずれでも、取り組めるようにするべきである。

在宅歯科医療

〔Ⅱ - 3 - (21)〕 訪問先対象を短期入所療養介護のショートステイにも広げ、在宅と同様の取扱いとするとともに、在宅歯科診療における時間、時期、回数の要件などを撤廃すること。

要求理由 短期入所療養介護のショートステイは、本来、在宅介護が一時的に困難になった場合のサービスではあるが、現実的には長期入所が必要であるにもかかわらず適切な施設に空きがない等の理由から、長期間にわたって当該サービスを利用せざるを得ない患者がいることを考慮すべきである。

2024年改定では、訪問診療の人数区分が、3区分から5区分に細分化された。また、歯科訪問診療料1については、20分要件が撤廃された。2010年度改定に導入され、2年後の改定で、「容態急変時」の特別規定が設けられたことから、在宅歯科医療の実態とかけ離れた要件であることは明らかである。高齢者の体力等を考慮しても「20分」という根拠のない時間要件は撤廃するべきである。当面の間、歯科訪問診療料1と同様に歯科訪問診療料2、3についても20分要件を撤廃すること。また歯科訪問診療料1は20分要件がないため、レセプトへの診療時間記載の要件を撤廃すること。

歯科訪問診療移行加算については、歯科訪問診療1への加算で、かつ、その歯科医療機関の外来を最後に受診した日から3年以内に開始した歯科訪問診療に対する加算という位置づけである。かかりつけ歯科医としての評価を考えるのであれば、歯科訪問診療1のみならず、すべての訪問診療に対する評価とすべきであり、また、3年以内に開始という時期の制限を撤廃し、評価を引き上げるべきである。

また、訪問診療の人数によって点数に差を設けているが、訪問診療の対象患者は外来の患者より全身状態が良いとはいえず、治療も複雑困難で、より慎重に取り組まなくてはならない。それを個々の患者の状態を無視し、一律に人数で画一的に指定することは改善すべきである。

また、同一法人により運営される施設など、「特別の関係にある保険医療機関等」であっても、通常の訪問診療料の算定を認めること。

〔Ⅱ - 3 - (22)〕 入院前に製作に着手している補綴物や有床義歯については、病院に歯科口腔外科があっても、入院・入所先が16キロ以上離れていても、完成済みの状態であれば、訪問による装着を認めること。

要求理由 現在、16kmを超える場合の対診については、患家付近に他の歯科医師がいない、いても専門外である等の場合に限られているが、補綴物や有床義歯が完成後に入院した場合でも、患者は入院先で新たに補綴治療を受けなければならないことになる。患者の経済的、精神的負担をなくすためにも、完成しているものについて、歯科訪問診療料1を算定する訪問診療においては、距離制限を撤廃し、装着を認めるべきである。

検査

〔Ⅱ - 3 - (23)〕 歯周病検査や口腔細菌定量検査など2週間経過後の再度の算定については所定点数で算定すること。

要求理由 歯周病検査や口腔細菌定量検査など2週間経過後の算定については、治療効果の判定に十分に資することから、所定点数での算定とすべきである。

【Ⅱ-3-(24)】口腔細菌定量検査について、周術期患者や高齢者の患者についても、対象を拡大すること。また舌苔の簡易検査についても評価するように改善すべきである。

要求理由 2024年度改定で、対象が、「口腔機能低下症」の患者まで拡大されたが、周術期患者や高齢者の患者についても、対象を拡大すべきである。口腔バイオフィルム検査により口腔内の状態を把握し、口腔バイオフィルム感染症として口腔全体の管理を行うことは、高齢者において誤嚥性肺炎をはじめとする全身性疾患の抑制にきわめて有用である。

さらに、口腔バイオフィルム感染症の管理と歯周疾患の管理を並行して行えるよう、口腔細菌定量検査と歯周治療の併算定ができることを明記すべきである。

また、口腔バイオフィルム感染症の診断は、診断方法が1社1機種しかない機器による口腔細菌定量検査のみで、ほとんど活用されていない。施設基準の廃止や、旧型の同様の機器でも可能すること。また舌苔の簡易検査についても評価するように改善すべきである。

【Ⅱ-3-(25)】咀嚼能力検査、咬合圧検査それぞれの算定を認めること。

要求理由 診断において、咀嚼能力検査、咬合圧検査を同時に行った場合、それぞれの算定を認めるべきである。

画像診断

【Ⅱ-3-(26)】歯科部分パノラマ断層撮影について、対象を異常絞扼反射の患者のみでなく、「術中の感染防止」も追加すること。

要求理由 現行の対象は、「異常絞扼反射を有し、口腔内エックス線撮影が困難な患者」に限定されている。抜歯や小手術に際して、歯科エックス線撮影によって術中の確認を行っているが、2022年度に評価された医療技術評価提案書でも対象疾患として挙げられているように感染リスクを考えると、歯科部分パノラマ断層撮影を活用できれば、かなり有用であると考ええる。

【Ⅱ-3-(27)】歯科用3次元エックス線断層撮影の適用について、歯槽骨の状態の確認を追記すること。

要求理由 2022年度改定で、適用について、「複雑な解剖学的根管形態」の確認が追加となったが、歯周治療において、パノラマでは確認できない歯槽骨の状態を確認するうえでの有用性については、周知のことである。適用について、追加として明記すべきである。

リハビリテーション

【Ⅱ-3-(28)】義歯に係る指導の評価として、有床義歯管理料と歯科口腔リハビリテーション料1（有床義歯の場合）を製作物単位で算定できるようにすること。また、義歯の調整については、歯科口腔リハビリテーション料1（有床義歯の場合）と分けて都度算定で

きるように新たに評価すること。

要求理由 有床義歯の管理は、義歯という技工物に対して行うものであり、口腔に対して行うものではない。2020年度改定においても、義歯の「困難な場合」と「それ以外の場合」の取り扱いについて、「口腔の状況」から「対象義歯」で考えることに変更されている。上下顎の義歯で、一方を新製する場合に新製有床義歯管理料を算定し、他方の義歯に歯科口腔リハビリテーション料1（有床義歯の場合）の算定が認められないのは不合理であり、実態に合わせて算定できるようにすべきである。

また、義歯の調整は、一連の診療で複数回行うこともあるため、現行の歯科口腔リハビリテーション料1（有床義歯の場合）は、義歯の指導に係る評価とし、調整の評価は、患者にもわかりやすい「義歯調整料」の名称で独立した点数として都度算定できるように評価すべきである。

【Ⅱ-3-(29)】歯科口腔リハビリテーション料3について、摂食機能療法と同様に歯科医師の指示のもとに歯科衛生士が行った場合も算定できるようにすること。

要求理由 2024年改定で、新設された歯科衛生実地指導料の口腔機能指導加算については、対象患者が「口腔機能の発達不全を認める患者」「口腔機能の低下を認める患者」で、歯科口腔リハビリテーション料3とほぼ同じである。また、歯科口腔リハビリテーション料3の評価を引き上げること。

【Ⅱ-3-(30)】すべての処置について、使用した麻酔料、麻酔薬剤料の算定を認めること。

要求理由 歯科における日常診療において多くを占める処置で使用される麻酔料、麻酔薬剤料については、ごく一部にしか評価がない。手術と同様に使用した麻酔薬剤料は別途算定できる取り扱いとすべきである。また、歯周治療など「麻酔の費用は含まれる」とされている処置についても、麻酔料、麻酔薬剤料も算定できるようにするべきである。

【Ⅱ-3-(31)】除去料の算定について、同一歯について2個以上の歯冠修復物（支台築造を含む）又は欠損補綴物の除去を行った場合は、それぞれの算定を認めること。

要求理由 除去料について、歯冠修復物と支台築造それぞれ別項目であることから、主たるものではなく、それぞれの算定を認めるべきである。また、保険給付外で作製された補綴物の除去については、「困難なもの」での算定を明記すること。

【Ⅱ-3-(32)】暫間固定の取り扱いについて、「簡単なもの」についても「困難なもの」と同様に「1箇所につき」の算定とし、手術歯数3歯以下の場合の「簡単なもの」の術中の算定を認めること。

要求理由 暫間固定の取り扱いについて、「簡単なもの」は「1顎につき」、「困難なもの」は「1箇所につき」の取り扱いであるが、固定方法に違いがない。「簡単なもの」についても「1箇所につき」の算定とするべきである。また、手術歯数3歯以下の場合の術中の暫間固定を歯周外科手術に包括するのではなく、実態に応じて別途算定を認めるべきである。

【Ⅱ-3-(33)】口腔内装置の「ト」について、気管内挿管時の手術以外においても製作できるようにすること。口腔内装置2においても、咬合採得は別途算定できるようにすること。

要求理由 胃内視鏡検査やVE、VFでも使用できるようにすべきである。口腔内装置1は、咬合採得は別途算定可能であるが、口腔内装置2は算定できない。いずれも製作するにあたって咬合採得は必要である。

【Ⅱ-3-(34)】歯周治療用装置（床義歯形態）について、「1装置につき」（1初診1回）の要件を廃止すること

要求理由 歯周治療用装置（床義歯形態）は治療の過程で長期に使用する場合が多いため。

【Ⅱ-3-(35)】スケーリングの同日2ブロック以降の減算をやめること。

要求理由 同日2ブロック以降のスケーリングが加算扱いなのは歯科医学的に根拠がなく不合理である。ブロック単位での点数であれば、全てのブロックで同じ点数を認められるべきだ。さらに、歯科衛生士の評価の改善に資するよう、スケーリングの評価を抜本的に見直すべきである。

【Ⅱ-3-(36)】歯周病安定期治療と歯周病重症化予防治療について、診療現場で混乱を招き、複雑な算定となっている歯周病安定期治療と歯周病重症化予防治療の移行などについても、簡素化のために二つの治療を一本化し、「歯周病治療（仮称）」として運用するなど改善すること。

要求理由 歯周病安定期治療と歯周病重症化予防治療を比較すると、病状に変化を来した場合の取り扱いについて、歯周病安定期治療では主治医に一定の裁量があるものの、歯周病重症化予防治療では、治療方法が規定されている。このことが混乱を来している大きな要因と考えられる。その解決のために、歯周病安定期治療と歯周病重症化予防治療を一本化し、「歯周病治療（仮称）」とすること。さらに、歯周病治療を歯周病治療1と歯周病治療2に再編し、1については学童期より上の患者、2については学童期までの患者（増殖性及び遺伝性の歯肉炎を除く）とする。

妊娠中の患者の場合など、治療の間隔については主治医の裁量とし、悪化して歯周外科手術を行う場合の現行の50/100の低減はしないこと。包括項目については、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、咬合調整（「二次性咬合性外傷の場合」に限る。）、歯周病処置、歯周基本治療とする。

【Ⅱ-3-(37)】根管充填・加圧根管充填処置について『4根管』の点数の設定をすること。また、槌状根の場合の加算点数を設定すること。

要求理由 根管充填・加圧根管充填処置の点数は3根管の場合も4根管の場合も『3根管以上』の点数を算定することになる。3根管への根管充填と4根管への根管充填では技術的難易度が異なるため。また通常の根管と槌状根についても技術的難易度が異なるため、新たに評価すること。

〔Ⅱ - 3 - (38)〕 加圧根管充填処置と根管内異物除去における手術用顕微鏡加算の取り扱いを見直すこと。

要求理由 現行では、加圧根管充填処置と根管内異物除去のいずれかの算定となっているが、項目が違ふことから、併算定を認めること。

〔Ⅱ - 3 - (39)〕 Ni-Ti ロータリーファイル加算について、歯科用 3 次元エックス線断層撮影を用いた場合に限定しないこと。また、機材導入価格や技術料を評価し点数を引き上げること。

要求理由 Ni-Ti ロータリーファイル加算については、歯科用 3 次元エックス線断層撮影を用いた場合に限定されている。しかし、これらの装置を用いなければファイルの特性が生かせないというものではなく、差別化は不合理である。例えば、デンタル等で歯根湾曲が確認された場合は、認めること。

〔Ⅱ - 3 - (40)〕 非経口摂取患者口腔粘膜処置について、患者の実態に即した運用、回数、評価とすること。また、非経口摂取患者口腔粘膜処置、周術期等専門的口腔衛生処置、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置や歯周病治療の同月算定を認めること。

要求理由 開始から 3 カ月以内は算定回数を制限せず、3 か月を超えた後も、患者の実態にあわせて、算定回数は少なくとも月 4 回までとし、点数についても引き上げが必要である。さらに非経口摂取患者口腔粘膜処置は、周術期等専門的口腔衛生処置、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置、歯周病治療（歯周病処置、歯周基本治療、歯周病重症化予防治療、歯周病安定期治療）と同月の併算定が認められていないが、両項目は、そもそも対象疾患、治療内容も異なるため、併算定を認めるべきである。

〔Ⅱ - 3 - (41)〕 咬合調整について、「レスト製作」の場合の取り扱いを製作物単位での算定にすること。

要望理由 咬合調整の「レスト製作」の場合は、同一初診内では 3 カ月に 1 回に限定されているが、「レスト製作」は、義歯に対して行われるものであり、1 口腔単位の考えで制限することは不合理である。製作物単位での算定に改めるべきである。

〔Ⅱ - 3 - (42)〕 義歯製作時の個人トレーや咬合床の製作、補強線または埋設バーについて個別に評価すること。

要求理由 実際の診療実態に応じて評価を適正に評価すべきである。

〔Ⅱ - 3 - (43)〕 象牙質レジンコーティングの算定について、インレー修復においても算定できるようにすること。

要求理由 象牙質レジンコーティングについて、現行では「生活歯歯冠形成」のみとされているが、インレー修復においても、象牙細管に対する処置は必要であることから、対象を広げるべきである。

【Ⅱ-3-(44)】 歯内療法において、レジンを用いた隔壁の算定を認めること。

要求理由 処置の通則（14）において、隔壁の点数は抜髄等の点数に包括されて算定できないとされている。しかし、最近レジン材料が改善し、隔壁にも用いることがしばしばある。特に歯質が少ない歯においては、レジン隔壁を行ってラバーダムによる適切な防湿を行うことが歯内療法の成功率に大きな影響を与えることから、認めること。

手術

【Ⅱ-3-(45)】 顎骨腫瘍摘出術に係る取り扱いを変更すること。

要求理由 主たる手術の顎骨腫瘍摘出術と従たる手術の歯根端切除手術について、顎骨腫瘍摘出術は、（歯根嚢胞を除く）（顎骨嚢胞を摘出した場合に限り）とされているが、臨床では、顎骨腫瘍摘出時にも、歯根端切除手術をする頻度が高いため、この通知のままでは歯根端切除手術が算定できないことになる。（顎骨嚢胞を摘出した場合に限り）を削除するべきである。

【Ⅱ-3-(46)】 支台歯の牽引を保険導入すること。

要求理由 う蝕が進行して残存歯質が少ない支台歯に対してクラウンを製作する場合は、支台歯の牽引を行ってフェルールの高さを得られるようにする。適切な補綴治療を行う上で重要な技術だが、診療報酬上の評価がない。補綴物および支台歯の保存を推進する視点から、当該技術の保険適用を求める。

【Ⅱ-3-(47)】 外科後処置、抜歯又は智歯歯肉弁切除等の術後、後出血を起こし簡単に止血（圧迫等により止血）できない場合の後出血処置以外の異常出血に対しての評価を新設すること。

要求理由 抗凝固剤ワーファリン服用で、Pの動揺が重度の患者のポケットからの異常出血、重度のPでの自然出血、歯周外科後、白血病や血友病患者の異常出血など、長時間かけても止血できないケースに評価がないのは不合理である。

歯科診療所における評価、および歯科診療所での止血が困難だった場合の病院歯科におけるより高度な止血処置に対する評価が必要である。

麻酔

【Ⅱ-3-(48)】 浸潤麻酔について、術野または病巣についての考え方を軟組織に対する処置と硬組織に対する処置で明確に区分すること。また、麻酔全般に関する麻酔料、麻酔薬剤料の算定を認めること。

要求理由 硬組織疾患については、「1歯単位」での算定であり、一方、軟組織疾患については「同

一皮切により行い得る範囲」と規定されている。う蝕等硬組織疾患に対して、浸潤麻酔を行って処置を行う場合は、「1 歯単位」で浸潤麻酔が算定できることを明記すべきである。

歯冠修復および欠損補綴

【Ⅱ - 3 - (49)】 麻酔の費用は含まれるとされている、歯冠形成、う蝕歯即時充填形成、う蝕歯インレー修復形成について、麻酔薬剤料について別途算定できるようにすること。

要求理由 歯冠修復・欠損補綴で使用される麻酔薬剤料については、処置・手術と同様に別途算定できるようにするべきである。

【Ⅱ - 3 - (50)】 クラウン・ブリッジ維持管理料は廃止を目指し、その財源を歯冠修復・欠損補綴の分野に振り分けること。

要求理由 2024年改定で、金属歯冠修復の単冠については、クラウン・ブリッジ維持管理料の対象外とされたが、非金属歯冠修復とブリッジについては、未だクラウン・ブリッジ維持管理料の対象となっている。導入当初から、成功報酬的な考え方は、医療においては、そぐわないものとして批判の声があった。

また、社会医療診療行為別調査によると平成19年から令和5年の16年間で歯冠修復及び欠損補綴の1件当たり点数は、年々減少し、トータルで221.7点と大幅な減少となり、技工所経営にも大きな影響を与えていることが分かった。クラウン・ブリッジ維持管理料廃止に伴って生じる財源についてはすべて歯冠修復に係る分野に振り分けること。

【Ⅱ - 3 - (51)】 暫間的なダイレクトボンディングブリッジの算定を認めること。

要求理由 外傷で前歯部が喪失している場合などは、暫間的にダイレクトボンディングブリッジを製作することがよく行われる。ブリッジの製作を前提に支台歯の処置が行われていればリテーナーの請求が可能であるが、初診時などでブリッジ製作の同意が得られない中で患者希望から製作をせざるをえない時があり、リテーナーの請求ができないことに遭遇する。暫間的なダイレクトボンディングブリッジの算定を認めるべき。

【Ⅱ - 3 - (52)】 窩洞形成、歯冠形成、う蝕歯即時充填形成、う蝕歯インレー修復形成について、「1 歯につき」の取り扱いを改善すること。

要求理由 「1 歯につき」は、同一初診中、1 回のみ算定できる取り扱いとなっているが長期にわたって管理していくうえで、再治療は起こりうることである。破折による再治療等、歯科医師の責によらない予見できない再治療については、初期う蝕早期充填処置と同様に、6 月を経過した場合は、再度算定できるよう取り扱いを改善すべきである。また、コンビネーション修復に際して、充填算定については、CAD/CAM インレー形成加算（CADIn 形）が算定できないためその不合理を是正するとともに、う蝕歯インレー修復形成（修形）の点数をう蝕歯即時充填形成（充填）と同等まで引き上げること。

【Ⅱ - 3 - (53)】 歯冠修復物アンレーの点数を設定すること。

要求理由 アンレーについての評価がないのは極めて不合理である。

【Ⅱ - 3 - (54)】 充填時の破折防止を目的に行う築造を、臼歯部にも適用拡大するべき。

要求理由 現在、充填時の破折防止を目的に行う築造は前歯に限定されているが、主治医の判断により臼歯部にも適用拡大するべきである。

【Ⅱ - 3 - (55)】 テンポラリークラウンについて、臼歯部での算定を認めること。

要求理由 テンポラリークラウンは、現在、前歯部のみに認められている。テンポラリークラウンは、審美性の回復のみならず、咬合の回復にも重要な役割を有していることから、臼歯部においても認めるべきである。

【Ⅱ - 3 - (56)】 硬質レジンジャケット冠についてはCAD/CAM冠の歯冠形成料と同等の点数に引き上げること。また、内面処理加算1を硬質レジンジャケット冠でも認めること。

要求理由 硬質レジンジャケット冠の歯冠形成に関しては、CAD/CAM冠歯冠形成とほぼ相違なく、厚めのディープシャンファー形態での歯冠形成が推奨されている。小臼歯部等の歯冠補綴に際して硬質レジンジャケット冠を選択することが増えれば、CAD/CAM冠の件数が減少する。従来より確立された技術であるがゆえに、ほとんどの歯科技工所で対応可能であり、小規模・零細歯科技工所を救済できる利点も認められる。この観点からも硬質レジンジャケット冠の歯冠形成の点数をCAD/CAM冠歯冠形成と同等の点数に引き上げるべきである。

【Ⅱ - 3 - (57)】 生活歯及び失活歯の大白歯単冠にも、4/5冠の算定を認めること。

要求理由 現行、4/5冠の金属歯冠修復は小臼歯への適用を原則としているが、ブリッジの支台の場合のみ、生活歯の大白歯に適用されている。失活歯への4/5冠についても長期間維持できるケースもあり、健全歯質を残すという観点からも、生活歯のみならず失活歯の大白歯単冠にも認めるべきである。

【Ⅱ - 3 - (58)】 光学印象の対象を拡大し、点数を大幅に引き上げること。

要求理由 現行、光学印象の対象は、CAD/CAMインレーに限定されている。例えば、3番に対してCAD/CAM冠、4番に対してCAD/CAMインレーを製作する場合、3番は印象採得を行い、4番は光学印象という全く不合理な取扱いとなっている。CAD/CAM冠にも適応拡大して、不合理を是正すべきである。そもそも光学印象の点数が低すぎて、機器の価格と釣り合わず導入そのものが困難であり、大幅な引き上げが必要である。

なお、現状の設備においても歯科診療所から光学印象によるデータを歯科技工所に送信することで

模型レスでの技工物の製作が可能であるため、将来的に FMC など製作における光学印象の保険適用を検討すること。

【Ⅱ - 3 - (59)】 歯科技工士連携加算について、印象採得、咬合採得、仮床試適において、必要があつて行った場合は、それぞれの算定を認め、点数を引き上げること。

要求理由 同補綴物に対しては、印象採得、咬合採得、仮床試適のいずれか一つしか対象となっていないが、それぞれの治療行為は全く別物であることから、この規定を撤廃し、必要があつて行った場合は、それぞれの算定を認めること。また、印象採得における歯技連は前歯部の単冠のみが対象であるが、前歯部に限局するブリッジにも対象を拡大し、仮床試適では、ブリッジにも適応拡大すべきである。咬合採得と仮床試適の歯技連は、9 歯以上の部分床義歯または総義歯が対象であるが、少数歯欠損義歯も対象に含めるべきである。

【Ⅱ - 3 - (60)】 チタン冠は鋳造だけでなく非鋳造も認めること、また冠だけでなくブリッジにも適応を拡大すること。

要望理由 鋳造による場合だけでなく鋳造による変性が避けられる非鋳造用も認めることで多くの歯科技工所で取り扱いが可能になる。また、歯科用金属アレルギー患者に対するブリッジにも適応が開かれることからブリッジについても適応を拡げるべきである。

【Ⅱ - 3 - (61)】 CAD/CAM 冠および CAD/CAM インレーの適用範囲を拡大すること。

要望理由 CAD/CAM 冠及び CAD/CAM インレーについては、2023 年 4 月、東北大学が大白歯の CAD/CAM 冠での歯冠修復について、治療成績を調べた研究が発表された。CAD/CAM 冠材料Ⅲの 7 番への CAD/CAM 冠の治療成績は、6 番の場合と同等だったとされ、「すべての奥歯に CAD/CAM 冠が適用できる可能性が示唆された」としている。こうしたエビデンス、クラウン・ブリッジ維持管理料が適用されていることをふまえ、6 番、7 番の算定制限を撤廃すること。あわせて、CAD/CAM インレーは CAD/CAM 冠の使用材料や手技の内容が同じであることをふまえ点数を引き上げること。

また、CAD/CAM 冠の適用要件が複雑で分かりにくいいため、算定要件はシンプルにすること。

【Ⅱ - 3 - (62)】 義歯修理の際に補強線を使用した場合は、再度評価を行うこと。

要望理由 有床義歯の補強線を認めること。とくに歯科接着を活用した補強線の場合、不幸にして義歯が破折しても、補強線により離断しないことは実験結果から明らかで、離断しないことにより容易に修理が可能となる。

【Ⅱ - 3 - (63)】 高強度硬質レジンブリッジについて、歯科用金属アレルギー患者に対する前歯部や 2 歯欠損以上の補綴が保険給付外になっている現状を早急に改善すること。

要求理由 歯科用金属アレルギー患者に対するブリッジは臼歯部 1 歯欠損の高強度硬質レジンブリッ

ジに限定されている。それ以外はすべて保険給付外になる現状は早急に改善すべきである。

【Ⅱ - 3 - (64)】 歯科技工指示書の交付料の評価を創設すること。

要求理由 歯科技工指示書は、患者に応じて細かく指示を書かなければならず、手間も非常に大きい。また、個別指導でも記載内容等は重視されるなど、重要な書類であるにもかかわらず全く評価されていないのはおかしい。交付料の創設を求める。

【摘要欄記載について】

【Ⅱ - 3 - (65)】 紙レセプトにおいて、歯科診療特別対応加算算定に際しての摘要欄記載について

要求理由 歯科診療特別対応加算は1時間を超えた場合に、診療時間の摘要欄記載が求められているのであり、紙レセプトのみ1時間未満のケースでも算定のつと記載を求めるのは不合理である。

【Ⅱ - 3 - (66)】 大臼歯のCAD/CAM冠（Ⅲ）の摘要欄記載を簡素化すること。

要求理由 手書きの場合、記載事項が多すぎて非常に煩雑である。

【Ⅱ - 3 - (67)】 暫間固定の摘要欄記載を簡素化すること。

要求理由 暫間固定は同顎に複数箇所に行う場合もあり、摘要欄記載を簡素化すべきである。

Ⅲ 医療政策に関する要求

〔Ⅲ - 1〕 診療報酬における消費税に係る下記の問題を早急に改善すること。

- ① 診療報酬へ上乗せする手法ではなく、医療は免税取引としてゼロ税率を適用すること等により、医療機関のいわゆる「損税問題」を抜本的に解決すること。
- ② 領収証や診療明細書に記載された「※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています」の文言を削除すること。

要求理由 社会保険診療は社会政策的な配慮から消費税が非課税とされる一方、医療機関は診療に必要な薬品、医療材料や設備の購入には消費税を負担している。そのため消費税分が医療機関の「持ち出し」になる損税（控除対象外消費税）が発生している。

政府はこの間の診療報酬改定で損税分を上乗せしていると説明するが、この間実質マイナス改定が続いている上に、上乗せはまったく不十分であるばかりか、「上乗せ」されているとの説明は、患者の窓口負担に転嫁されるという医療費非課税の原則からも矛盾がある。医療機関の経営に重くのしかかるのみならず、地域医療のあり方、患者の受診困難にもつながるものだ。また、医療現場でも領収証や診療明細書に医療機関等の仕入れ時に負担した消費税が反映された旨の文言記載が求められることにより、医療費非課税の原則と相反した内容について患者に説明する極めて不合理な事態も発生している。

損税問題の抜本解決は医療界の共通要求である。最も合理的な解決方法は、医療を免税取引としてゼロ税率の適用である。これにより真の意味での消費税非課税を実現し、医療機関にも患者にも負担を課さない形で解決が可能となる。

〔Ⅲ - 2〕 地域医療介護総合確保基金は、地域医療の充実のために運用すること。

要求理由 2014年度診療報酬改定において、地域医療構想の達成に向けた医療機関の設備・施設整備等、居宅等における医療の提供、介護施設等の整備、医療・介護従事者の確保に関する事業など医療機能の分化・連携、地域包括ケア構築を推進するとして「地域医療介護総合確保基金」が創設された。

そもそも地域医療構想は、患者負担増等による受診抑制を改善せず、在宅療養が確保できる制度実現の目処も立たないまま、患者を入院から在宅・施設へ追い出すものである。また回復期病床への転換に必要な人的、経済的担保は不十分である。さらに2024年度予算の説明では「自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等の取組に対する助成を行う」などと病床削減のインセンティブとして活用するとしている。したがって、地域医療構想の達成のために地域医療介護総合確保基金を運用するのではなく、国民皆保険にふさわしく、どこでも、いつでも、だれもが必要な医療が受けられるよう、体制確保、インフラ整備等に使えるようにすることを要求する。

〔Ⅲ - 3〕 薬価の設定の在り方について、下記を実現すること。

- ① 通常の薬価改定は2年に1度とすること。

要求理由 通常の薬価改定（2年に1度）の合間の年にも薬価改定が実施される場合、薬価の引下げスピードを抑えるために仕切価が高止まりする結果、医療機関への納入価が下がりにくくなるとの指摘がある。また現在、薬の流通安定や保管・損耗上のコストを担保するR幅は2%だが、実態に見合っていないとの声が強くなり、改定頻度が増えて、2%で据え置かれた場合、医療機関で生じる残薬等のロスは更に拡大する。R幅の適正範囲について検討することが必要である。

電子カルテやレセコン等のシステム改修等での負担増はじめ、医療機関への手当が曖昧なままに、毎年の薬価改定などは認められないため実施しないこと。また薬剤費を原則包括するDPC点数の変更も予想され、病院の負担も大きい。一部改定を行う場合についても医療現場の負担増とならないような慎重な検討が必要である。

② 費用対効果評価の評価対象は、高額薬剤に限定し、薬価の調整に留めること。評価結果を「保険収載の可否の判断」には使用しないこと。

要求理由 薬価が治療効果に見合う適正な値付けとなっているかどうかを判定する費用対効果評価が2020年4月から本格実施となり、当面、薬価の調整（上げ下げ）に活用されている。費用対効果評価等を使い、画期的新薬でも他の新薬と比べ薬価が割高となるような場合、保険収載しないことや、保険収載する場合、他の医薬品を保険から外れることも懸念される。

保険収載されなくなれば、医学の発展に伴う恩恵を患者・国民の大多数が受けられなくなる。安全性と有効性が確認された医薬品は迅速に保険収載してきた我が国の公的医療保険制度の原則は堅持すべきである。公正で透明な薬価制度改革を進めつつ、費用対効果評価は、あくまで高額薬剤に限定した上で、薬価の調整での活用に留めるべきである。

③ 医薬品の安定供給に向け、下記の対応を実施すること。

ア 最低薬価や不採算品再算定など赤字品目に対応するための各種制度の創設

イ 直近の原材料価格の高騰や為替変動（円安）など大幅な経済情勢の変動に柔軟に対応出来るような制度の創設

要求理由 中医協の薬価専門部会では、「令和5年度薬価改定について」と題した資料の中で、厚労省の調査において「物価高騰や為替変動の影響等により、不採算となっている医薬品の状況について調査を実施し（令和4年9月8日～9月30日）、さらに11月18日までに追加で報告があった品目も含めると、1,100品目（115社）が物価高騰等の影響を受け、不採算となっていると回答があった」との結果が出されている。また、同資料の中では、【不採算品目への対応に関する課題】として、「①安定供給を確保する観点から、最低薬価や不採算品再算定など赤字品目に対応するための各種制度の見直しが必要ではないか。②直近の原材料価格の高騰や為替変動（円安）は、医薬品の製造コストに多大な影響を与えており、医療上の必要性の高い製品の継続的な安定供給を下支えするような取組が必要ではないか」—等が挙げられている。

昨今の物価や薬剤の供給不足が深刻な中での薬価引き下げは、医薬品メーカーの製造中止等、更なる供給不足を引き起こしかねない。医薬品の安定供給に向けた取り組みの必要性は厚労省も認めているところであり、標記制度の創設に向け、早急に取り組むべきだ。

【Ⅲ-4】中医協の診療報酬に関する議論に当たり、早急に下記を改善すること。

① 医療費換算の財源を説明資料に明示しない改定方式をやめること。

要求理由 改定率の決定時に公表された資料では、診療報酬改定率は+0.88%とされたが、政策改定分（ベア評価料関連、入院食事、生活習慣病関連点数の適正化）を除いた形で各科改定率がプラスとされた。しかし実際は診療所狙い撃ちのマイナス改定となり、ベア評価料は届出しづらい・できない点数でありマイナス改定であった。こうした姿勢は、厚労省が実際のマイナス部分を見えにくくしようとしていると思わざるを得ない。財務省の資料では個々の金額を明示、少額とはいえ、それぞれが医療内容に大きな影響を及ぼすものであり、かつ財源は診療報酬の財政そのものである。このような改定方式はやめるべきである。

② 診療報酬改定は、十分な時間と労力をかけ、徹底した議論を尽くしたうえ、中医協委員間の明確なコンセンサスを得た上で行うこと。

要求理由 診療報酬改定は、「療養の給付」の範囲やあり方を決めるもので、国民の命と健康に直結する上でも非常に重要な事項であり、その意思決定に際しては関係者間との徹底した議論とそれに基づくコンセンサスが必要不可欠である。しかし2014年改定のうがい薬の保険給付外し、2016年改定の湿布薬の70枚制限、2022年改定の初・再診料等の情報通信機器を活用した場合の評価等は厚労省より唐突に提案がなされ、中医協で十分に議論、コンセンサスを得ることなく一方的な改定がなされた。また、2019年1月からの妊婦加算の凍結も同様で、中医協での必要な調査、検証を行うことなく、しかも政治的圧力により、いきなり厚労省から中医協へ凍結の諮問が出されたことは非常に問題がある。

2024年改定では長期収載品の保険外し、医療DX加算など、保険診療の原則からすれば非常に問題のある点数が、十分な議論もなく導入された。

診療報酬改定は中医協において徹底した議論とコンセンサスに基づいて行うよう運営を改めるべきである。

③ 社会保障審議会で決定される「診療報酬改定基本方針」に様々な医療関係団体や患者団体を始めとする国民の声を反映できるようにすること。

要求理由 今後の診療報酬がどのような方針で決められるかは、大多数の国民に影響が及ぶ非常に重要なものである。現在、診療報酬の基本方針は社会保障審議会で議論し決定することとされている。しかしその決定の過程で公聴会やパブリックコメントなど、国民の声を求め、方針に反映することは一切行われていないことは問題である。

④ 公聴会を地方ブロック毎に行うなど多くの住民、患者、医療関係者の意見が改定に反映されるようにすること。1カ月以上の猶予を設けて意見を求めるとともに、寄せられた意見については応募者等に取り捨について理由を付して答えること。

要求理由 中医協の地方公聴会を地方ブロックで開くなどより多くの国民が参加できるようにするとともに、公聴会で出された意見を、どの場で検討し、どのように評価して改定に反映したのか、透明性を確保すべきである。同時に、パブリックコメントを求める期間を1カ月以上設ける必要がある。

⑤ 診療報酬改定説明会を実施できない緊急事態の場合は、改定そのものを延期すること。

要求理由 新型コロナウイルス感染症の全国的な拡大下でのこの間の診療報酬改定は、医療機関は患者・医療従事者への感染防御のため、国や政府としてのマスクや感染防御用具等、衛生資材の安定供

給もない中、過酷な診療業務に忙殺される中で強行された。

さらにこのような中で厚生労働省は、改定実施に必要な改定説明会や、各地の集団指導（改定説明会）をいち早く中止した。改定そのものは延期せず、国・政府・厚生労働省としての説明責任が果たされなかった結果、医療機関はこの影響をまともに受けて、診療報酬の請求において文字通り大きな混乱をきたす事態となった。この点を教訓に、診療報酬改定説明会を実施できない程の緊急事態の場合は、改定そのものを延期すべきである。

＜参考＞診療報酬改定に対する基本姿勢（要求理由付）

【はじめに】

社会保障とは、負担能力に応じて支払われた税金や社会保険料を徴収し、それを財源にして、生活困窮、病気、加齢などのリスクに直面した人に、必要に応じて給付を行う仕組みである。そして、こうした所得の再配分によって、貧困や格差を是正することができる。しかし、大企業や富裕層を支援し軍費を拡大させるという基本姿勢に立った現政府の予算の作り方では国民の間で貧富の格差が進むだけである。

診療報酬改定に対する基本姿勢は、医療保険制度の根本的な課題に対する改善要求である。保団連は診療報酬の抜本的な引き上げを求めるとともに、患者窓口負担の軽減と実現に必要な財源を提案している。したがって、「医療費の総枠拡大」「患者負担の軽減」「財源確保の提案」の3点から論述する。

【1-1】 医療費の総枠拡大

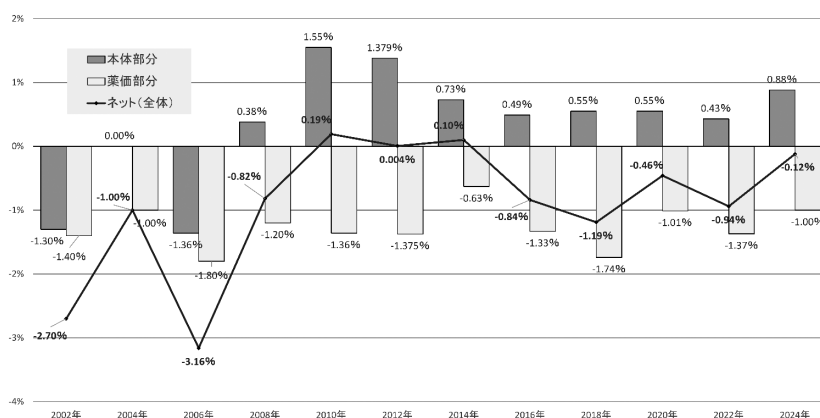
【1-1-（1）】 医療費総枠を拡大し、基本診療料を中心に診療報酬を大幅に引き上げること。

要求理由 長年の低医療費政策の下で診療報酬のマイナス改定が繰り返され、医療現場の疲弊はコロナ禍に直面してさらに厳しくなった。診療報酬は医療機関経営の原資であるとともに、国民が受ける医療の質・量を規定する。したがって、低い報酬のままでは医療へのアクセスと国民の健康が損なわれる。

また、物価が高騰する中、医療施設と介護事業所の経営難、人材難への対応を求める声が医療・介護業界から断続的に上がっている。国の責務は、医療機関が感染症対応を行えるよう、余力のある医療提供体制を構築することであり、感染症病床の削減や保健所の統廃合などはこれに逆行する動きだ。

直近の22年間を見ても、2002～08年、2016～24年と9度にわたってネット（全体）でのマイナス改定が行われてきた。「財政再建」を名目に社会保障をコストと捉えて費用削減を図る政策を転換し、診療報酬の総枠拡大と基本診療料の大幅な引き上げに舵を切ることが不可欠である。

診療報酬の改定率の推移（2002～2024年） 厚生労働省資料より作成



2024年度診療報酬改定の本体改定率は+0.88%となった。他方、薬価・材料費の改定率-1.00%を含めた全体の改定率（ネット）は-0.12%で、2016年改定から5回連続のマイナス改定である。今回改定でも医療機関の経営改善に背を向ける姿勢が示されたといえる。とりわけ、内科系の診療所を中心に汎用点数の引き下げによる財源捻出が行われ、大幅な減収がもたらされたことは看過できない。

改定率の議論では、厚労省の「医療経済実態調査」だけでなく財政制度等審議会が持ち込んだ「機動的調査」を用いて、経済界や支払側の委員を中心に「診療所の収益率が高い」「特定の領域への賃上げは不要」といった宣伝が行われた。財政論ありきでなく必要な医療を積み上げた上で予算を決定すべきだ。

2026年度改定に向けた議論においても、財務省は医療費削減ありきの議論を展開している。その上、診療所の経営状況を改善傾向と捉え、医学管理に係る具体的な点数の廃止や、OTC 類似薬の保険適用除外（保険外併用療養費の活用）などの外れな提案を行っている。

4月9日の中医協では厚労省の保険局医療課長が「物価や賃金、医療機関経営などこれまでの改定とは相当異なる状況にある」と説明し、14日の自民党の社会保障制度調査会で厚労省が示した2024年度の病院・診療所の経常利益率を機械的に推計した結果では、最頻値で見れば、病院のみを運営する医療法人は「-1.0%~0.0%」、無床診療所のみを運営する医療法人は「-3.0%~-2.0%」と落ち込んでいるとの報道も見られるなど、医療機関経営をめぐる足元の状況が悪化していることは明らかだ。

今求められるのは、高齢化の伸びの範囲内に抑制する社会保障予算の「目安対応」ではなく、医療費の総枠拡大である。財界の要求をはねのけ、国民皆保険制度を存続させるために議論を進めるべきだ。

【1-1-（2）】療養の給付に直接関係のない点数は廃止すること。

要求理由 2024年度改定では、政権の賃上げ方針と物価高騰を背景に「医療関係職種の賃上げ」が目玉とされた。それにもかかわらず基本診療料は初診料3点、再診料2点のわずかな引き上げにとどまり、主な対応は新設の「ベースアップ評価料」を活用した限定的な賃上げとなった。同評価料は届出や事後報告に係る事務作業が複雑で、多くの医療機関が届出を諦めるという根本的な欠陥を抱えている。また、これは国が医療経営に口を挟む行為であり、今後も同様の手法による介入が懸念される。

さらに、国が進める医療DXの根幹をなす医療情報プラットフォームの形成に向け、「医療DX推進体制整備加算」が創設された。同加算は施設基準に電子カルテ情報、電子処方箋情報、レセプト情報を提供する体制整備を求める。しかし、サイバーセキュリティ対策も含むインフラ整備等のコストは、国が責任をもって負担すべきであり、こうした点数設計は診療報酬が持つ本来の役割ではない。また、マイナ保険証の利用は患者の任意である以上、医療機関は利用率を操作できない。利用率の高低による段階的な点数設定や短期間での要件変更は、医療機関の負担につながり患者との間で混乱も生じるため撤回すべきだ。

上記の点数や既存の各種データ提出加算などは、実績報告や算定要件で医療機関を縛りつけ国の施策に誘導することを目的としており、医療の対価である診療報酬の目的外使用だ。中には、療養の給付に直接関係のない点数や医師の裁量権を制限しかねない運用も見られ、医療機関は医療DXのために本来不要な事務作業を押し付けられている。このような改定を容認した中医協の機能不全は重大な問題である。

厚労省は医療機関の厳しい経営実態を真摯に受け止め、肥大化する経済界や財務省の要求に対抗す

る責務を果たすべきだ。療養の給付に直接関係のない点数は廃止し、基本診療料で質上げや医療 DX に係るコストに対応できるよう徹底すべきである。

【1-2】【医療保険制度の改善】

【1-2-（1）】 実施した医療保険制度の改悪をただちに撤回すること。

- ① 2022年10月から実施された後期高齢者一定所得以上者の窓口負担を2割から1割に戻すこと。
- ② 紹介状なし病院受診時定額負担の対象病院を拡大しないこと。また仕組みの中に、保険給付の範囲から一定額を控除し、それと同額以上の追加定額負担を患者に求める仕組みを削除すること。
- ③ 長期収載品の選定療養による自費負担の徴収を中止すること。

要求理由 今回改定では、後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）を処方・調剤した場合に、「選定療養」の仕組みを用いて差額徴収する制度が導入された。選定療養は保険外併用療養費制度の一つで、患者負担増の突破口として改悪が続いている。この仕組みは、医療保険から償還する基準額を定めそれを超過する部分は患者負担とする「参照価格制度」に転化するおそれもあり、極めて危険な改定である。

保険外併用療養費制度による患者負担増は、「7割給付を維持する」とした2002年改正健保法附則を実質的に反故にする。それどころか、フリーアクセスや現物給付といった国民皆保険制度の諸原則を変質させ、混合診療を実質的に解禁するものである。断じて許されない手法であり即時撤回すべきだ。

【1-2-（2）】 さらなる医療費抑制政策は中止・凍結すること。

- ① スイッチ OTC 化などの薬剤負担の見直しを凍結し、保険診療に必要な医薬品を適切に給付できる供給体制の確保が可能な仕組みとすること。
- ② 保険外併用療養費制度の拡大を中止すること。
- ③ 高額療養費制度と外来特例の限度額引き上げを中止すること。

要求理由 「経済財政運営と改革の基本方針2024（骨太の方針2024）」の基礎となる改革工程は、社会保障費の自然増抑制に向けた患者負担増メニューが目白押しだ。薬剤負担の見直しでは、長期収載品の選定療養化にとどまらず、①薬剤定額一部負担②薬剤の種類に応じた自己負担の設定③市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直しーが検討の俎上に上がった。また、セルフケア・セルフメディケーションの促進を目的に「スイッチ OTC 化」を引き続き推進する構えだ。

しかし、選定療養化やスイッチ OTC 化で医薬品が保険から外れ、供給不安も相まって患者に適切な薬剤を提供できない事態がすでに起きている。上記の提案は深刻化する現場の混乱に拍車をかけるものだ。投薬は診察に基づいて行われる一連の診療行為であり、保険給付が大原則だ。また、薬の保険外しによる受診回数の間引きは重大疾患の見落としにつながる。薬剤負担の見直しは中止・凍結すべきである。

さらに現在、高額薬剤や最先端医療の導入を背景に、保険外併用療養費制度と民間保険の併用も検討されている。これは有効性・安全性が担保されない混合診療の拡大や、さらには所得水準に応じて受けられる医療に格差が持ち込まれる危険性もはらんでいる。必要かつ適切な医療は保険診療で確保

するという、公的医療保険制度の基本理念に関わる問題であり、検討にすら値しない改悪だ。

また、昨年末に高額療養費制度の見直しとして、①所得区分の細分化②全所得区分で負担上限額引き上げ③外来特例の負担上限額引き上げ—の方針が決定された。この改悪は、重篤な疾患の治療・療養を支えるセーフティネットを破綻させ、患者のいのちを脅かすものであり、即刻撤回すべきである。

〔Ⅰ-2-（３）〕 人員・病床削減ありきの医療提供体制改革を方針転換すること。

要求理由 長年にわたる病床削減や保健所、公立・公的病院の統廃合は医療を弱体化させ、新興感染症の蔓延時など有事の対応力を削いだ。従来の地域医療構想は公立・公的病院の再編・統合を進めたが、「2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革」で位置づける「新たな地域医療構想」や「医師偏在対策」は、今後の医療提供体制を左右する重大な問題をはらんでおり、慎重に進める必要がある。

新たな地域医療構想では人口減少による医療需要の減少を見込んだ上で、地域の入院医療機関を念頭に、急性期をはじめ医療機関機能を集約・縮小することで病棟や病床を再編・統合していく方針だ。構想は外来・在宅を担う診療所を含めた提供体制を描くが全貌は明らかでない。医師偏在対策では、診療所が突出して多い地域での開業にハードルを設けたが、診療報酬上のペナルティなどが導入されれば開業規制につながりかねない。医師少数区域への支援を基調とした実効性のある対策が必要である。

他にも、オンライン診療の法制化では、従来の医療提供施設と異なる「オンライン診療受診施設」を新設し、営利企業によるビジネスとしての医療提供にお墨付けを与える。効率重視で医療の質が担保されない危険性があり、オンライン診療はあくまで対面診療の補完として位置づけるべきである。

また、2024年度改定で新設された「地域包括医療病棟」の評価は、手薄な体制で高齢患者を引き受ける流れと言わざるを得ない。高齢患者は心身機能が低下し、複合的に疾患を併発している場合が多く、他方、急性期の病態は複雑で重症化リスクが高く容態も急変しやすい。入院機能を厳格に分ければ、これまで病院が地域の中で果たしてきた多様な役割を失い、適切・迅速な治療に支障をきたしかねない。

7対1看護病床削減の流れの中、DPC対象病院では、平均在院日数の短縮とともに治癒率が経年的に低下し、予期せぬ再入院（退院日より6週間以内）の比率が増えている。安全・安心の医療を実現するためには、病床削減と医師数抑制の政策を抜本的に見直し、人員・病床を拡充する方向転換が必要である。

〔Ⅰ-2-（４）〕 診療報酬上の減算やペナルティは導入しないこと。

要求理由 2024年度改定では訪問診療回数のみをもった減算やペナルティが設けられた。これは地域で役割を果たす在宅療養支援診療所等を縮小させかねない。他にも多剤投与・向精神薬処方への減算や入院点数に設定される減額規定などは患者の病態を無視した機械的な政策誘導にほかならない。診療報酬上の減算やペナルティは撤回し、同様の仕組みは導入すべきでない。

〔Ⅰ-2-（５）〕 医療・介護・福祉制度を拡充し、患者負担を大幅に軽減すること。

- ① 患者自己負担は、窓口負担の無料化を目指しつつ当面の目標として、75歳以上の高齢者は無料、65歳から74歳は1割、現役世代は2割とすること。
- ② 高額療養費制度の負担限度額を引き下げること。外来特例の限度額を引き下げた上で、現役世代も利用できる制度に改善すること。
- ③ 18歳年度末までを対象とする国の医療費窓口負担無料制度（入院時の食事負担を含む）を早期に創設すること。
- ④ 妊産婦の医療費無料化を、国の制度として実施すること。
- ⑤ 障害者・難病、ひとり親家庭等の助成制度や災害における医療費負担免除制度等の公費負担医療制度について、負担軽減や対象拡大などの改善を行うこと。
- ⑥ 子ども医療費助成を現物給付した自治体への国民健康保険の国庫負担の減額措置（ペナルティ）を完全に廃止すること。

要求理由 わが国では格差と貧困が広がり年金制度への不安がつの中、コロナや物価高騰の影響等が加重し、国民はこれ以上の負担を許容できない状況にある。しかし、政府は国民生活を省みないどころか、2022年10月に一定所得以上の後期高齢者の窓口負担を2割に引き上げた。財界や一部の政党は3割負担への引き上げを主張しているが、厚労省の検証では一定の受診抑制が示されている。むしろ必要な受診を担保するために窓口負担を軽減、無料化することこそ国の責務である。

こども家庭庁の調査によれば、子ども医療費助成制度は今や全国の73%の自治体で「18歳（高校3年生）相当まで」を対象に助成している。また、帯状疱疹ワクチンの助成、「軽度・中等度難聴児・者補聴器購入費助成制度」も全国の自治体で広がり、同様の取り組みは妊産婦医療費助成制度でも見られる。安心して子どもを産み、育てられる環境づくりの実現に向けて、自治体間の格差が生じる方法でなく、国による医療費窓口負担無料制度の創設が必要だ。同時に、障害者・難病、ひとり親家庭等の助成制度や災害における医療費負担免除制度については、負担軽減や対象拡大など改善を図るべきである。

【1-2-（6）】 国民健康保険制度を改善すること。

- ① 国民健康保険制度における国庫負担を増やすことで払える国保料（税）に引き下げ、一定以下の所得者の保険料を免除すること。
- ② 自治体が行う法定外繰入を引き続き認めるとともに、滞納・差し押さえ処分を中止すること。

要求理由 国民健康保険（国保）は、国民の約3割が加入する国民皆保険の根幹をなす医療保険制度である。しかし、加入世帯主の4割が年金生活者などの無職、3割が非正規労働者で、低所得者が多くを占め、高すぎる国保料（税）と人権を無視した滞納・差し押さえが大きな問題となっている。

骨太の方針2024には都道府県内の保険料水準の統一などが盛り込まれた。しかし、団塊の世代が後期高齢者に入り始め、被用者保険への漸次的な移行、すなわち「勤労者皆保険」に向かう中で、加入者はさらに高齢で疾病リスクが高く所得水準の低い層に集約されていく。被用者保険に比べて1.5～2倍の高い保険料負担率が課される中、これ以上保険料が引き上げれば社会保険制度としての存立すら危ぶまれる。

国は、減らしてきた国庫負担をただちに引き上げるべきである。また、加入者の生活を守るために、自治体が行う法定外繰入を引き続き認めるとともに、滞納・差し押さえ処分の中止が求められる。

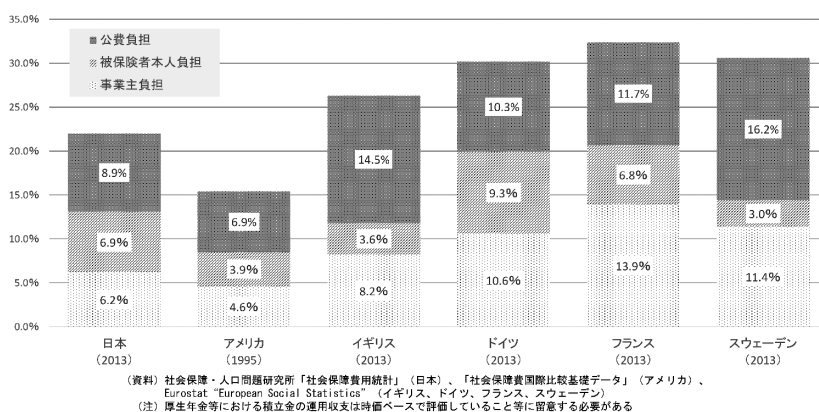
【1-3】【財源確保の提案】

【1-3】 財源確保に向けて税・社会保険料における応能負担原則を徹底すること。

- ① 消費税に頼らず、国庫負担と大企業等の社会的負担を増やして捻出すること。
- ② 被用者保険の一定以上所得者についての保険料は、応能負担の原則を徹底し、標準報酬上限額を引き上げること。

要求理由 低医療費政策を転換し、OECD 先進諸国並の医療費水準に引き上げ、かつ患者負担を大幅に引き下げるための財源は、国庫負担と大企業等の事業主負担を増やして確保することが最優先である。社会保障財源の対 GDP 比を国際比較すると、日本の公費負担と事業主負担が欧州先進諸国の負担に比べて相当低いことがわかる。被保険者本人負担割合がほぼ同値のフランスと比べると、公費負担で2.8ポイント、事業主負担で7.7ポイントの開きがある。

社会保障財源の対GDP比の国際比較 社会保障制度改革国民会議資料より作成



日本でも公費・事業主負担を引き上げることで社会保障財源の拡充が可能であり、消費税率の引き上げや保険料率の見直しで被保険者本人に負担を求めることは筋違いである。法人税制・所得税制の累進性強化に加え、正規雇用と賃金を増加させつつ事業主負担割合を引き上げることにより、税・社会保険料における応能負担原則を徹底するべきである。

また、現行の被用者保険における保険料計算は一定の収入を上限（標準報酬の上限）とし、それより高収入であっても保険料が高ならない方式となっているが、応能負担原則に基づき、収入に応じて保険料も上昇する方式とするべきである。そのために標準報酬の上限引き上げが必要である。

月刊保団連臨時増刊号 No.1452

2026 年度診療報酬 改定に向けた保団連要求

発行日	2025 年 7 月 25 日
発行所	全国保険医団体連合会 〒 151-0053 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	竹田 智雄
印刷所	株式会社光陽メディア
定 価	300 円 (税込) 振替口座 00160-0-140346

※本誌の無断転載を禁じます

各保険医協会・保険医会一覧

(2025年7月現在)

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3F
青森県保険医協会	017-722-5483	【774-1326】	030-0823	青森市橋本 3-15-5 青森県保険医会
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 盛岡フコク生命ビル8F
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 仙台本町ホンマビル4F
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2F
山形県保険医協会	023-642-2838	【642-2839】	990-0043	山形市本町 2-1-2 フコク生命ビル2F
福島県保険医協会	024-531-1151	【531-1153】	960-8252	福島市御山字中屋敷96番地 福島県保険医会館
茨城県保険医協会	029-823-7930	【822-1341】	300-0038	土浦市大町12-31
栃木県保険医協会	028-666-7814	【666-7815】	320-0864	宇都宮市住吉町1-10
群馬県保険医協会	027-220-1125	【220-1126】	371-0023	前橋市本町2-15-10 前橋フコク生命ビル8F
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5F
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 大京センタービル4F
東京保険医協会	03-5339-3601	【5339-3449】	160-0023	新宿区西新宿 3-2-7 KDX新宿ビル4F
〃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4F
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 いちご高田馬場ビル6F
神奈川県保険医協会	045-313-2111	【313-2113】	221-0835	横浜市神奈川区鶴屋町 2-23-2 TSプラザビル2F
山梨県保険医協会	055-227-5434	【227-5435】	400-0862	甲府市朝気 1-3-26
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6-11 富山フコク生命第2ビル4階
石川県保険医協会	076-222-5373	【231-5156】	920-0853	金沢市本町2-11-7金沢フコク生命駅前ビル7階
福井県保険医協会	0776-21-1660	【21-1649】	910-0859	福井市日之出1丁目7-5 KIMURAビル4階
長野県保険医協会	026-226-0086	【226-8698】	380-0928	長野市若里1-5-26 長野県保険医会館
岐阜県保険医協会	058-267-0711	【267-0712】	500-8844	岐阜市吉野町6-14 大樹生命岐阜駅前ビル6F
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 サウスボット静岡8F
愛知県保険医協会	052-832-1345	【834-3512】	466-8655	名古屋市長和区妙見町19-2 愛知県保険医会館
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8F
京都府保険医協会	075-212-8877	【212-0707】	604-8162	京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637 インターワンプレイス烏丸6F
京都府歯科保険医協会	075-746-7680	【746-4711】	604-8106	京都市中京区堺町通御池下る丸木材木町670番地1 吉岡御池ビル2F
大阪府保険医協会	06-6568-7721	【6568-2389】	556-0021	大阪市浪速区幸町 2-2-20 清光ビル4階401
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 2-2-20 清光ビル4階403
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5F
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】	640-8033	和歌山市本町4丁目32 こささビルデング3階
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1F
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 KDX広島ビル4F
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5F
香川県保険医協会	087-802-1335	【802-1336】	760-0057	高松市旅籠町14-8 ボヌール旅籠1F
愛媛県保険医協会	089-989-2511	【989-2711】	790-0003	松山市三番町4丁目7-7 愛媛汽船松山ビル3F
高知県保険医協会	088-832-5231	【832-5229】	780-8035	高知市河ノ瀬町41-1 AQUISHビル4F
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 博多駅前第一ビル8F
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 博多駅前第一ビル8F
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 大樹生命佐賀駅前ビル4F
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2F
熊本県保険医協会	096-385-3330	【385-6448】	862-0950	熊本市中央区水前寺 6-50-25 中島ビル4F
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1F
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1F
鹿児島県保険医協会	099-272-9970	【272-9980】	892-0828	鹿児島市金生町7-8-7F
沖縄県保険医協会	098-894-9579	【894-9589】	902-0061	那覇市古島2-28-2 佐辺ビル103号
全国保険医団体連合会	03-3375-5121	【3375-1862】	151-0053	渋谷区代々木 2-5-5 新宿農協会館内