



福岡医発第1695号(地)

平成22年11月18日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻一良

(公印省略)

次期診療報酬点数改定に関する要望事項について

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平成23年1月29日鹿児島市において開催の九州医師会連合会(九医連)医療保険対策協議会(担当:鹿児島県医師会)の前に、標記要望事項をとりまとめるための会議が開催される予定となっています。

つきましては、貴会におかれまして、次期診療報酬改定についての要望事項がございましたら、平成22年12月17日(金)までに別紙により本会宛ご回報願います。

なお、

- 1) 平成22年10月8日付け福岡医発第1437号(地)「日医会長の諮問等に対するご意見について」において、「平成22年度診療報酬改定の評価」をご提出いただいておりますが、今般は、要望事項の提出をお願いいたします。各医師会並びに各専門医会よりご提出いただき、熊本県医師会飯星常任理事へ提出した「評価」は別紙のとおりです。
- 2) 各医師会要望事項は、10項目以内でおまとめをお願いいたします。
- 3) 要望事項が複数ある場合は、必ず優先順に並べてください。
- 4) 九医連へ提出する要望事項の選定につきましては、本会にご一任願います。
- 5) 九医連医療保険対策協議会前に開催される会議で議論された上で、九医連の要望事項として、日本医師会へ提出される予定です。
- 6) 各専門医会にも次期診療報酬点数改定に関する要望事項を提出いただくようお願いいたします。

小郡三井医師会より

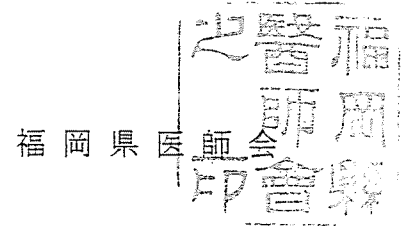
医療保険担当理事 山下拓郎

会長 蒲池 壽

次期診療報酬改定についての要望事項がございましたら、別紙にご記入いただき12月10日(金)までに小郡三井医師会事務局へご提出ください。

平成22年11月24日

各 医 師 会 御中



次期診療報酬点数改定に関する要望事項について

平成22年11月18日付け福岡医発第1695号（地）にて標記要望事項の提出依頼をしていましたが、今般、鹿児島県医師会より要望事項の提出に当たってのお願いが下記のとおりありましたので、ご連絡申し上げます

記

※要望事項提出に当たってのお願い

日本医師会社会保険診療報酬検討委員会を通じて中医協へ提出される以下の項目に限定して記載してください。

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

第2部 入院料等

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

- 1) 現状に則して新しく要望すべきもの
- 2) 特掲診療料 第2部「在宅医療」～第13部「病理診断」については、外保連、内保連を通じて中医協に提出されるので取り上げられません。

ただし、「リハビリの算定日数上限」等全体に影響のある象徴的なものは取り上げられます。

次期（平成 2 4 年度）診療報酬改定に対する要望書

医療機関名 _____

	点 数 項 目	具 体 的 内 容	参 考	
			現行点数	要望点数
1		○		
2		○		
3		○		

諮問①各委員の意見とりまとめ様式

諮問事項①平成22年度診療報酬改定の評価

点 数 項 目	具 体 的 内 容
総論	・ 大幅プラス改定をマニフェストに掲げたにも拘らず、極めて小幅な改定率に終わったことは極めて残念である。崩壊しつつある、地域医療を支えるための全体的な底上げが是非とも必要である。 ・ 社会的に緊急課題となっていた救急・産科・小児・外科等の医療の再建及び病院勤務医の負担軽減が重点課題とされ配分が重点的になされたことは当然であるが、あまりにも小幅な改定率のためこれらの部分に限った内容で他の部分の犠牲を強いる形となっており付け焼刃的な姑息的な内容となっている。 ・ 外来と入院それぞれについて根拠なく枠が決められしかも10倍以上の差がつけられたことは納得できない。はっきりした根拠の下に正すべきである。 ・ 医療崩壊が現実となっている真っ只中で、政権交代の影響により、従来の1:1:0.4が、1:1.2:0.3とされたことは全く理解できない。日医としては国民医療を守る立場から次回改定ではこのようなことがないように強く主張していただきたい。 ・ 度重なる改定で算定要件、施設基準があまりにも複雑になっており難解であることは以前から指摘されているが一向に改善される兆しはない、しかも加算という形が多く用いられ更に複雑さに拍車をかけている。日医にはこれらをもっと解りやすく単純化するように更に働きかけていただきたい。加算そして更に加算という方法でなく、基本点数の中で評価されるべきである。
総論（眼科）	診療報酬改定の基礎資料として用いられた医療経済実態調査（H21.10）は、H21.6月単月の医療機関の損益を単純に12倍したものであり、その結果眼科、整形外科、皮膚科が高収入であるとのことから、眼科においては、基本検査の4項目が5～3点減点された。眼科は、6月は就学後の学校検診で要精密検査の受診、季節性のアレルギー性結膜炎、プール解禁によるプール熱や流行性角結膜炎の増加の時期であるなどで、1年間で最も受診患者の多い月である。一方、気候が良くなり、インフルエンザをはじめとする風邪が減少し、内科、小児科、耳鼻科は受診が少なくなる時期である。このような季節による診療科の受診状況に変動があることは、厚労省も把握しているはずであるが、以前より6月単月のデータのみを基礎にするこ

	とは、眼科を狙っての恣意的な意図があるように思われる。
総論（耳鼻咽喉科）	全体としては10年ぶりにプラス改定（+0.19%）が示されましたが、耳鼻咽喉科診療所においてはマイナス改定（-0.8%）となっており引き下げ根拠も明らかにされておらず納得できません。
総論（産婦人科）	今回の診療報酬改訂では、全体的にプラス改訂になり、周産期医療、救急医療への支援、難易度の高い外科系手術の再評価が行われ、大幅な増点が行われたことは評価できる。今回の改訂では勤務医対策に主眼をおいた改訂であり、大病院に重点を置いた改訂と言える。ただし、本当に勤務医待遇改善も含めての負担軽減に寄与しているのか、今後、検証していただきたい。 一方、診療所において、入院基本料が若干引き上げられたことは評価できるが、短期入院が多い産科診療所では、入院初期部分の減点が大きく影響し、診療所の経営改善には寄与出来ていないと思われる。特に、今回の診療報酬改訂では、婦人科無床診療所に役立つ改訂項目が見あたらない。更年期障害や卵巣機能不全などでは、患者への病状説明、その治療法についての説明などに、非常に時間を要するが、診療報酬は非常に低い。このような、婦人科における内科的疾患に対しても評価していただき、特定疾患管理料の対象にするなど検討してほしい。
総論（透析）	○改定率 ・全体的にはプラス改定となったが、透析に関しては今回もマイナス改定であった。 ・過去10年間の改定で10%以上の引き下げが続いており、これ以上の引き下げは、全国的な透析医療供給体制に致命的なダメージを与える。（離島やへき地を含む地方あるいは都会の小規模透析施設などの、高コスト構造の透析施設の閉院、透析室の廃止が発生している。医療崩壊は、救急・産婦人科・小児科・外科だけでなく、透析においても確実に進行している。） ・透析医療の質を担保する診療報酬を求める。
第1章 基本診療料	
第1部 初・再診料	

A000 初診料	乳幼児加算（6歳未満）の引き上げ（3点）は低すぎる。せめて8点引き上げ80点に。
A001 再診料	○再診料の減点 ・診療所の外来は再診料を引き下げるかたちで病院との統一化が図られ、処置・検査の適正化により診療所にとって厳しい改定である。 ・整形外科の診療においては、多くの職員・医療機器・広いスペース（いわゆる人・物・場所）を必要とします。その基盤となる診療費である再診料が下がる事は大変な影響がある。 ○地域医療貢献加算 ・新設の地域医療貢献加算（3点→10点）、明細書発行体制等加算（1点→5点）の大幅増額と同時に多くの地区医師会が公的救急医療に貢献している実情を鑑み、急患センター等への出務実績があれば地域医療貢献加算の十分条件とするべき。これにより24時間対応の過労も回避できる。 ・地域医療貢献加算は小児科医の疲弊を増長するため、算定する医療機関が少ない。 ・このような曖昧な加算は患者に誤解を生むため廃止すべきである、地域医療への貢献はほとんどの医師がしており、準夜帯に電話応答するのみが地域医療への貢献とはおかしい。この加算は廃止して再診料を少なくとも元に戻すべきである。 ○明細書発行体制等加算 ・病名告知を行っていない患者への対応で混乱が生じる恐れがある。明細書等の紛失等にて個人情報の漏えいにもなる可能性がある。
A001 夜間・早朝等加算	医科点数表の解釈では、比較的軽症な急患に対し算定可能と表記されており新患の場合には明白であるが、再診の場合、比較的軽症な急患の記載はない。
A001 外来管理加算	耳鼻咽喉科処置及び検査を行った場合に同時算定ができません。むしろ、算定点数が下がってしまう事が多々あり不合理を覚えます。（例：鼻処置12点、口腔・咽頭処置12点、間接喉頭鏡下喉頭処置27点、扁桃処置40点、耳処置25点など）
A236-2 ハイリスク妊娠管理加算	ハイリスク妊娠管理加算の対象に多胎妊娠が適応追加となったが、一次機関である診療所所でも算定可能な適応疾患の再検討が必要と思われる。 （例えば、切迫早産の対象を32週までとするなど）

A237 ハイリスク分娩管理加算	対象疾患の拡大、加算点数の1.5倍の増点は非常に評価できる。ハイリスク妊婦でなくても、分娩後に弛緩出血を起こしたものの、腔壁血腫、外陰血腫などで搬送され、DICを併発した症例などの分娩後管理にも適応拡大してほしい。
A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算 (7000点)	本点数も大幅な増点が行われ、緊急搬送を受け入れる大病院の勤務医の、負担軽減に益するものと評価する。但し、現状は病院の収入アップにのみに利用され、現場の勤務医の負担軽減に寄与していないのではないかと危惧する。
A234 医療安全対策加算	○この加算は今回若干引き上げられ更に感染防止対策加算が加えられた。医療安全は本来加算ではなく、基本料部分本体で増点すべきもので、入院基本料等加算にはなじまない。入院基本料での増点による評価を求める。
A240 総合評価加算	○今回名称・対象患者の変更となった。「基本的な日常生活能力・認知機能・意欲等について総合的な評価」とあるが、評価方法が明記されておらずあいまいな内容となっており、患者に説明義務があるからには、基準をはっきりすべきである。行政と文書・内容を詰めて頂きたい。
第2部 入院料等	
入院中患者の他医療機関受診について	・紹介元の入院基本料の減額及び紹介先の診療制限（処方薬の制限等）などの制限が増えることにより病診、診診連携促進の阻害になっている。 ・今回の本件に関する改定は医療機関の連携のみならず患者のフリーアクセスを阻害する内容であり、一部6月に変更されたが、もっと根本的に見直すべきである。まず、通則に記載されている（1）が基本であるからには、（6）の、医療機関にとってペナルティー的な扱いである全内容の削除を願うところであるが、少なくともア及びウは削除し、イの「70%控除」を40%控除と改め、（8）の「30%減算する場合には」を、減算しない場合には、と改めて頂きたい。
第2章 特掲診療料	
第1部 医学管理等	

指導管理料	運動器疾患・障害に対して、積極的に日常生活上の注意点・支度で出来る筋力増強訓練や体操など指導や関節リウマチ・骨粗鬆症等に対して薬剤使用に体する指導管理料は認められていない。
B000 特定疾患療養管理料	○算定回数 ・1か月（あるいはそれよりも長期）処方が一般化している現実を踏まえて、225点（プラス α ）×2回でも、450点×1回でも選択できるようにするべき。 ・対象疾患の見直し。（逆流性食道炎、機能性ディスペプシア、過敏性腸症候群、慢性腎機能障害、悪性貧血、骨粗鬆症、高尿酸血症、うつ状態、認知症、慢性関節リウマチ）
B001-1 特定薬剤治療管理料 B001-3 悪性腫瘍特異物質治療管理料	○両者とも検査結果（値）のカルテへの記載が必要となっているが、治療計画の要点記載は必要としても、結果がカルテに添付してあれば充分とされるべきである。あまりにも保険医が信用されていないことを示している。点数表の記載内容を変更するべきである。
B001-2 小児科外来診療料	年々増加する迅速検査法のために、実収入は減少することになる。大幅な増点を求める。
B001-3 生活習慣病管理料	○院内・院外処方格差の是正 ・包括される項目から薬剤実費を外して、院内調剤でも必要十分な処方が行えるようにするべき。
B004 退院時共同指導料 1 B005 退院時共同指導料 2	○共同指導方法の柔軟化と配分の明確化 ・かかりつけ医が病院に出向くことができない場合はテレビ会議による参加、あるいは看護職員の代理出席でも可とする。また病院とかかりつけ医の診療報酬の配分を明確に分ける。
B005-1-2 介護支援連携指導料	○算定の要件に、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付とあるが、行政と交渉して文書の様式を決めるべきである。
B005-2 地域連携診療計画管理料 B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ） B0053-2 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）	○かかりつけ医の機能評価 ・「地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）」は評価が低すぎるので（Ⅰ）との格差をなくして同一項目とすべき。また地域のリハビリ資源が乏しい実情を勘案して、デイケア、デイサービス、訪問リハとの連携があればさらに加算すべき。

B005-6 がん治療連携計画策定料 B005-6-2 がん治療連携指導料	○かかりつけ医の機能評価 ・がん診療連携拠点病院等と、退院後の定期的な診察や検査などを担う地域医療機関による治療体制の評価としては「がん治療連携指導料」が診療情報提供料プラス 50 点では話にならない。せめて 500 点以上に引き上げるべき。
B009 診療情報提供料 (I)	○診療情報提供書の質の評価 ・ピア・レビューの一環として診療情報提供書を受け取った医師が内容の質を評価して、何らかの方法で基金・国保連・保険者側に伝達し、交付枚数と質的評価とに基づいた施設基準を設けて「新・地域医療貢献ポイント」を診療報酬以外の形で保険者側から医療機関に還元してもいいのでは。
第 2 部 在宅医療	
在宅医療全般	「施設から在宅へ」との掛け声で行政は在宅医療を推進しているが、介護保険との絡みもあり医療保険での在宅医療は多くの制限を受けており在宅現場の医師は複雑な内容に困惑している。医療が介護の中に入って行きやすい診療報酬内容の構築と簡素化が必要である。
C001 在宅患者訪問診療料	○患者類型の改善 ・「同一建物居住者以外」「同一建物居住者」の患者類型は、住宅型老人ホームと結託した在宅専門診療所などの「出入り業者的」なケースを想定してなされているものと思われるが、余りに実情とかけ離れている。外来患者が入所して依頼を受けて（断りきれずに）訪問するケースなども多々あり 1 介護施設当たり少人数（例えば 5 名以下）の場合は「同一建物居住者以外」の類型と見なすべき。
C102-2 在宅血液透析指導管理料	○在宅血液透析指導管理料が大幅に引き下げられた。 ・在宅治療の裾野を広げる、透析療法の選択肢を広げる、透析の質を高める等の観点から大変有意義である。
第 3 部 検査	

D026 検体検査判断料	○他施設での検査結果の説明の評価 ・健診や他施設検査結果の説明が不十分で、かかりつけ医等で改めて結果説明をした場合に、説明を受けた患者の満足度が検査実施施設よりも高ければ、判断料の請求を可能とするべき。
D244-1 標準純音聴力検査	突然の大幅引き下げ（-50 点）はその根拠も明らかにされておらず納得できません。判断料の設定が無い事も不合理です。本検査は耳鼻咽喉科領域で最も主要な検査と言っても過言ではありません。今回の大幅減点は耳鼻咽喉科にとって医業経営的にも精神的にもダメージが大きすぎると思われます。
D244-2 標準語音聴力検査	突然の大幅引き下げ（-50 点）はその根拠も明らかにされておらず納得できません。判断料の設定が無い事も不合理です。
眼科診療所外来収入の大幅な減少	本年度の改定で、当局が目を付けた検査項目のみのコスト調査が病院のデータを用いて行われ、他の県里の比較のないままに「使用する機器の価格や検査に要する時間等のデータに基づき」として行われた理不尽な眼科学的検査点数の減点が最大の原因と考えられる。検査機器の価格を調査するとほとんどの価格が上昇しており、改善を求める。
D261 屈折検査 D263 矯正視力検査 D264 精密眼圧測定 D265 角膜曲率半径計測	眼科基本検査の減点。眼科診療に必須の検査を軒並み減点され、初・再診料減点に加えて、地域医療を担う一般診療所にとって大きな打撃である。 屈折検査 74⇒69、矯正視力検査 74⇒69、角膜曲率半径計測 89⇒84、精密眼圧測定 85⇒82
D-244 自覚的聴力検査	自覚的聴力検査は、聴覚障害・平衡機能障害・音声言語障害・中耳障害の診断に欠かすことが出来ない、耳鼻咽喉科にとって最も基本でかつ重要な検査である。また標準純音聴力検査は気導伝導と骨導伝導の二系統を末梢から中枢までの聴覚伝導路を評価する自覚的な聴力検査であり、その検査手技および検査結果の評価には十分な知識と豊富な経験が要求されている。 自覚的検査故に、標準純音聴力検査は検査機器の種類・防音室の規格・検査の手順・検査時間に厳しい要件が設けられ、生体検査の中で最も厳格な検査である。 この様な自覚的聴力検査の 13.7%減点は、他の生体検査と比較しても納得しがたいものである。また今回の減点は経済的な側面のみならず、耳鼻咽喉科医にとっては耳鼻咽喉科の基本検査の減点であり、新研修医制度と相まって耳鼻咽喉科医の減少に拍車がかかり、第2の産科医・小児科医になる懸念を払拭できないものである。
耳鼻咽喉科科学的検査	400 点⇒350 点 純音聴力検査は説明、納得に時間がかかり減点は不当。

局所栓互手術顕微鏡検査を実施した場合、中耳ファイバースコープは適応拡大を中耳・外耳へ拡大	加算を希望。診断加療価値意義有。診断的価値有。
D298 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー	突然の大幅引き下げ（-20 点）はその根拠も明らかにされておらず納得できません。本検査は、副鼻腔炎の診断および手術適応の評価、咽頭癌の早期発見などに欠かせない主要な検査です。検査機器の導入コストも年々増加しているにも係らず減点となった点にも不合理を覚えます。
D298-2 内視鏡下嚥下機能検査	今回新設された事は評価できます。しかし、喉頭ファイバースコピーと同点数で同時算定が出来ない事に不合理を覚えます。本検査は、手技的にも喉頭ファイバースコピーより難易度が高く、検査時間も長い検査です。
D299 喉頭ファイバースコピー	突然の大幅引き下げ（-20 点）はその根拠も明らかにされておらず納得できません。本検査は、喉頭癌の早期発見などに欠かせない主要な検査です。検査機器の導入コストも年々増加しているにも係らず減点となった点にも不合理を覚えます。
D413 前立腺針生検の点数改定	D412 経皮的針生検法（現 1600 点）と同一点数に
D242 尿水力学的検査の改定	D242-1 尿流測定 205 点 D242-2 膀胱尿道機能検査の新設 D233 直腸肛門機能検査と同一点数に 1. 1 項目 800 点 2. 2 項目以上 1200 点
小児科よりの検査に関する意見	採血手技料の増点、生体検査の乳幼児加算の年齢拡大、外来迅速加算などは、小児科では検査が少ないためほとんどメリットが感じられない。
診断穿刺・検体採取料	乳腺穿刺又は針生検（片側）と乳腺の組織試験採取、切算定は認められていないが、乳腺では多発病変の事も多いので同時算定を求める。
第 6 部 注射	
G005-2 中心静脈注射用カテーテル	○中心静脈注射用カテーテル挿入（流用） ・緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルを挿入した場合、この項目で算定することになった。 今まで要望し続けていたことがようやく認められた。

G005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入	○カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入（新設） ・今まで要望し続けたものがようやく認められた。
第5部 投薬	
抗悪性腫瘍剤の長期投与	乳癌の抗腫瘍剤であるクエン酸タモキシフェンは、抗エストロゲン剤であるので60日を越えて90日投与を認めていただきたい。
第8部 精神科専門療法	
総論	急性期、DPCに偏重した配分で亜急性、慢性、通院がうすい。
特定抗精神薬加算	とても薬剤の値段を補うまでいかず低い
認知症デイケア	重症の人が多いのに低い。定められている分よりもっと人手がかかるので加算
第7部 リハビリテーション	
リハビリテーション	○運動器リハビリテーション料の点数を脳血管リハビリテーションの廃用症候群の場合の点数に準ずる程度への増点があると回復期リハビリテーションへの移行が行いやすいと考える。 ○廃用症候群のリハ適応は、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群の患者」となっており、あまりにも範囲が狭く臨床の現状に合っていない。「肺炎等」とあるが「等」の範囲拡大を望む。

	○ケースにより長期のリハが必要な患者もあり、標準的算定日数は廃止すべきである。期限を超えた例に月13単位まで認められているが、あまりにも少ない。20単位は認めるべき。
第9部 処置	
耳鼻咽喉科処置の項目 1) 耳処置 2) 耳垢栓塞除去(複雑) 3) 鼻処置	1) 25点 片耳、両耳とも処置して同一点数とは理解不能 2) 片 100点 両耳で複雑な耳垢を除去するのに片 $100 \times 2 = 200$ が普通の考え方 両 150点 3) 12点 耳鼻科単独での処置である基本点数が12点とは低すぎる。眼処置は25点
介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛処置	健康寿命の延命のために必要な処置であるので増点を求める。
創傷処置	近年、縫合を要しない創傷に対し、創傷被覆材やテープを用いて処理することも多い。創傷処置と創傷処理の間を埋める算定項目の新設を求める。
J038 人工腎臓	○いわゆる透析の技術料 ・全てマイナス改定となり、新たに「透析液水質確保加算」(10点)が新設された。 ・年々経営的に余裕がなくなってきており、医療安全・危機管理(感染症対策を含む)のためのコスト増加を吸収出来なくなっている。(医療安全はタダではない。) ・透析医療の質の確保のために是非、「透析液水質確保加算」42点(日本透析医会によるコスト計算)を求める。
J038 人工腎臓 「2 その他の場合」	○on-lineHDFが初めて公式に認められた。 ・但し、適応が厳密化され、かつ保険点数が実質的にかなり切り下げられており、全国的に治療継続を中断する施設が多くなっている。
J038 人工腎臓 (DPC病院)	○DPC病院での透析患者の入院が問題となっていたが、この見直しがなされたことは評価できる。 ・但し、その時の病態により人工腎臓1か2か選択となるが、病状によって点数が実態に比較して低くなり、不合理が生じているので再検討を求める。
J038 人工腎臓	○C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料、C102-2 在宅血液透析指導管理料を算定している場合の評価 ・腹膜透析施行中の患者、在宅血液透析実施中の患者に、週1回の血液透析の併用が認められるようになった。在宅透析治療を推進するためには大変有意義であると考えられる。

第10部 手術	
膀胱水圧拡張術	今回 5,500 点と新設されましたが、麻酔科医常勤のしぼりがあります。水圧拡張術に麻酔科医はふようです。ので、しぼりを外していただきたい。
排泄腔外反症に対する尿排泄路形成	非常にまれな疾患で、日本全国で年間数例程度の症例でしょう。一般泌尿器科医とは、全く関係なく、こういったまれな症例は保険請求すべきではありません。最も近い手術点数で代用すれば済む事です。
尿路用ガイドワイヤー	・尿閉時や尿管カテーテル挿入時に必要であり、使用しても病院負担になっています。 ・使用頻度もかなり多いと思われますので、保険採用が望まれます。
K768 ESWL を一連とする改定	ESWL 点数を 10-20%下げた原資で、2 回目以降の ESWL を半額で月 1 回を限度に認める 1 ヶ月以上間が開いたものでは、ESWL 以外の手術算定を認める。
K898-3 帝王切開術（前置胎盤を合併する場合）	前置胎盤を合併する帝王切開が他の疾患に比し、その難易度が評価され、子宮全摘術と同じ点数に増点となった。前置胎盤で癒着胎盤があり出血が持続する場合や弛緩出血で出血が止まらないときは、子宮全摘術を施行しないといけない場合がある。今回の診療報酬改訂で、妊娠子宮摘出術は、若干の増点があったものの、その難易度は非常に高く、母体の生命おも危険にすることがある。再度、妊娠子宮摘出術の難易度について評価していただき、診療報酬にも反映させていただきたい。
手関節を中心とした動脈損傷、神経損傷、多数腱損傷に対する手術	当該処置に対する複数手術の拡大を求める。切断四肢再接合術の点数との差が著しい。
乳腺悪性腫瘍手術	対象器官の手術として特に規定されていないにもかかわらず、両側の悪性腫瘍病変に対し手術をした場合、片側の手術のみの算定しか認められていない。拡大乳房切除術を除く乳腺悪性腫瘍手術で、両側の手術が算定できるよう求める。
透析に係る手技料について	○手技料の引上げは評価できる。 ・透析関連では、シャント手術、副甲状腺手術が、外保連の試算に基づき引き上げられた。 ・諸外国に比較して、外科的手技がかなり低く抑えられていたが、これが見直されていくことは評価できる。

第11部 麻酔	
脊椎麻酔、硬膜外麻酔	検査・処置・手術時に行っていますが、リスクを負うにも係らず、手技料が不当に低い。前回、手術手技料がアップしましたが、それと同程度以上のアップが望まれます。
特定保険医療材料価格	○ダイアライザーなどの価格 ・いわゆる高性能膜が全面的に引き下げられた。 ・透析回路、針、消毒液等の透析処置に関係する材料がこの中に包括されているにもかかわらず、2008年の改定の際に間違ってダイアライザー単独の価格調査で引き下げられた。 今回はさらに引き下げられており、これ以上の引き下げでは適切なコストが捻出出来ない。