

全自病協第 267号

平成25年7月26日

会員病院長

準会員 各位

関係者

公益社団法人 全国自治体病院協議会

会長 邊見公雄

診療報酬対策委員会

委員長 木村泰三

平成26年度 社会保険診療報酬に関する改正・新設要望書について

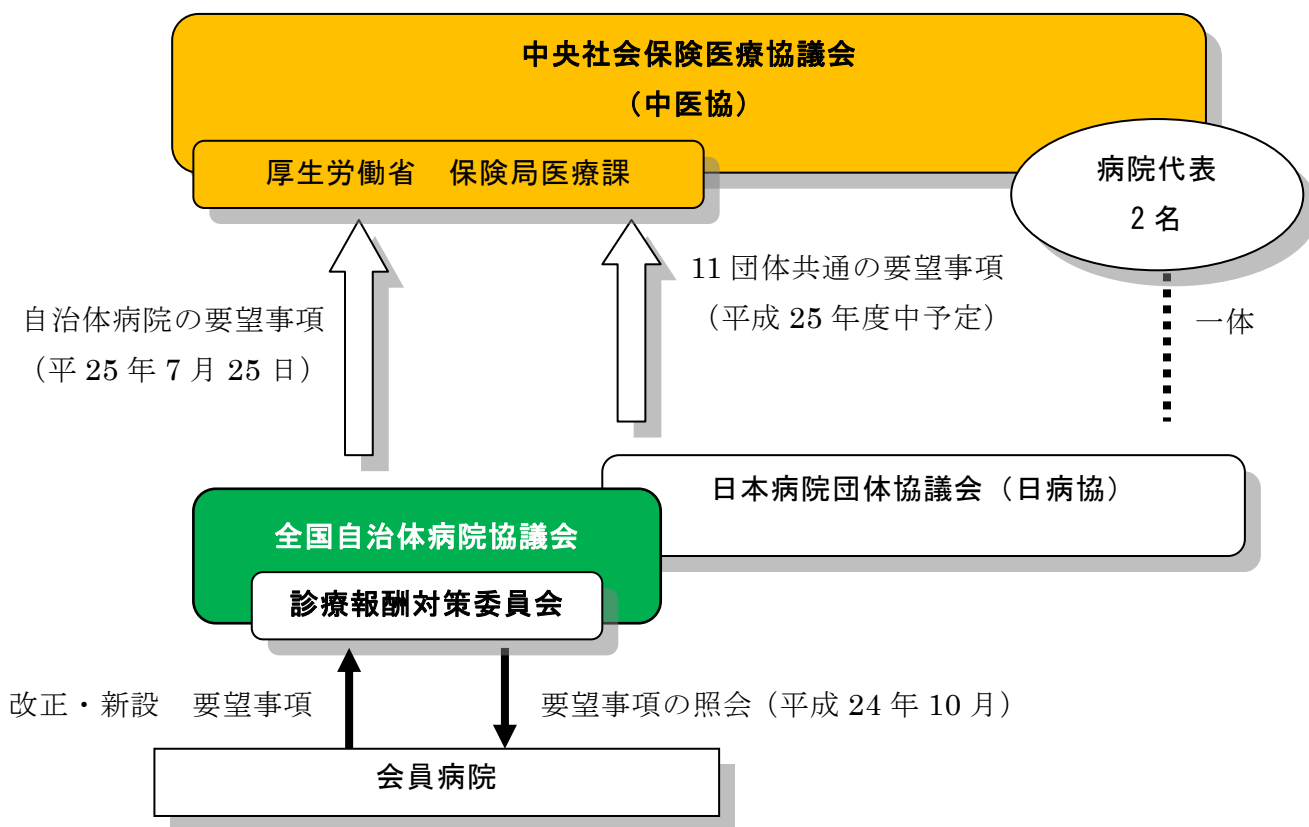
平素は当協議会事業にご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

先般の厚生労働省への要望項目のアンケート調査についてはご協力ありがとうございました。

その調査結果を基に、次期診療報酬改定に対する自治体病院の要望事項を別添のとおり取りまとめ、7月25日に厚生労働省保険局医療課長へ直接要望して参りました。

本要望書は、当協議会が加盟する日本病院団体協議会（日病協）における要望事項の取りまとめにも活用させていただいております。（※下図参照）

今後も日病協と病院代表の中医協委員とともに、要望事項の実現に向けて努力してまいりますので、皆様のご理解とご支援をお願い申し上げ、報告とさせていただきます。



平成 26 年度 社会保険診療報酬に関する

改正・新設要望書

平成 25 年 6 月 20 日



公益社団法人 全国自治体病院協議会

目次

はじめに

診療報酬対策委員会 委員名簿

出来高 重点要望 … p. 1 ～ p.12

D P C 重点要望 … p.13 ～ p.14

出来高 改正要望 … p.15 ～ p.42

出来高 新設要望 … p.43 ～ p.50

D P C 要望 … p.51 ～ p.56

はじめに

病院開設者の約1割を占める全国自治体病院協議会の会員病院は都市部から離島・へき地まで存在し、民間医療機関では対応することが困難な医療に積極的に対応するなど、地域における基幹病院としての役割を担っています。当協議会では、会員病院が各地域において必要な医療を安定的に提供していくために、次期診療報酬改定において改善が必要な事項について全会員病院へ調査いたしました。

調査の結果、医師のみならず、精神科、リハビリ、事務、看護、薬剤、臨床検査、放射線、栄養をはじめとする各部門から619項目の要望（出来高511項目、DPC108項目）を提出いただき、それらを診療報酬対策委員会において出来高101項目、DPC40項目に絞り込んだものが本要望書であり、平成26年度診療報酬改定において改正・新設が不可欠な事項です。

特に、地域医療において重要な役割を担っている中山間地域等での中小病院は、健全な医療提供体制確保のために、算定要件の緩和及び関係する項目の大幅な引上げが必要です。

厚生労働省、中央社会保険医療協議会におかれましては、ご理解とご配慮のもとに早急な対応をお願い申し上げます。

公益社団法人全国自治体病院協議会

会長 邊見公雄

診療報酬対策委員会 委員名簿 (平成25年6月4日現在)

	氏名	施設名	施設役職	協議会役職・所属
◎	木村 泰三	富士宮市立病院	名誉院長	参与
○	原 義人	青梅市立総合病院	院長	常務理事
	瀬戸 嗣郎	静岡県立こども病院	院長	
	小林 進	千葉県立佐原病院	院長	
	森田 眞照	市立枚方市民病院	院長	常務理事
	市川 邦男	公立七日市病院	院長	理事
	川副 泰成	神奈川県立精神医療センターせりがや病院	院長	精神科特別部会
	横山 和正	兵庫県立リハビリテーション西播磨病院	院長	リハビリテーション部会
	森下 一	公立昭和病院	事務局長	事務長部会
	古田 愛子	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター	看護部長	看護部会
	室井 延之	赤穂市民病院	薬剤部長	薬剤部長部会
	齋藤 勝彦	富山市立富山市民病院	中央研究検査部主任部長兼病理診断科部長	臨床検査部会
	佐々木 康夫	岩手県立中央病院	副院長	放射線部会
	本荘谷 利子	公益財団法人東京都保健医療公社荏原病院	栄養科長	栄養部会
※	豊田 清一	宮崎県立宮崎病院	院長	副会長

◎は委員長、○は委員長代行、※は担当副会長

出来高 重点要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	1	医師	改正	A000 A001 A002	初再診料における 同一日複数科 受診の取扱い	初診料 1科目 270点 2科目 135点 3科目 0点 再診料 (外来診療料) 1科目 69点(70点) 2科目 34点(34点)	初診料 1科目 270点 2科目 270点 3科目 270点 再診料 (外来診療料) 1科目 69点(70点) 2科目 69点(70点)	医師の専門性を生かした各科協調による医療はより高度な全人的医療の提供であり、その個別診療科の専門性は当然評価されるべきである。したがって「同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合、すべての診療科について、初診料および再診料の区別なく、また減算することなく算定できること」を要望する。					
○	2	医師	改正	A002	外来診療料	70点	90点	平成22年度改正で病院再診料の点数が見直され、外来診療料との差はわずか1点となっている。それにもかかわらず、外来診療料には包括されている項目があり、病院負担は大きく不合理である。評価を引き上げること。					
○	3	医師	改正	入院料通則	入院中の患者の 他医療機関への 受診	入院料別の医療機 関間の清算方式 一部の処置・検査 の場合のみ控除割 合を緩和	ルールの簡略化と 一本化 清算方式と入院側 の減算ルールを廃 止し、外来受診側 が請求可能なもの のみ保険請求	高額医療機器の利用や専門的な診療が必要な場合など、やむを得ない事情により入院中の患者に他医療機関の受診が必要な場合がある。現行の医療機関間での清算方式は、保険請求事務上大変非効率で医療機関側の事務負担が大きいため、廃止すべきである。入院側は診療内容を記した書面を患者に持たせ、外来受診側はこれに同意し、算定できるもの限り保険請求を可能とすること。					
○	4	医師	改正	A100	一般病棟入院基 本料の選択制に よる病棟毎算定	病院全体で1基準 の取得	病棟毎で複数基準 の取得を手挙げ方 式により導入(他は 現行どおり)	地方では、急性期から慢性期まで広く患者を受け入れている病院が地域の基幹病院となっている。まずは病院の選択により病棟単位を導入していくべきである。					

出来高 重点要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	5	医師	改正	A200	総合入院体制加算の施設基準	逆紹介と治癒の患者数が総退院患者数の40%以上 標榜診療科の要件	紹介率要件の緩和(20%以上) 医療圏の実情に合わせて標榜診療科要件の緩和	算定基準が実態に即していないため、2次・3次救急を提供している病院のほとんどが算定できていない。「逆紹介と治癒の患者数が総退院患者数の40%以上」については廃止、または慢性疾患や悪性腫瘍など「治癒」すること自体稀な傷病を「軽快」や「寛解」として含めるなど、要件を緩和すること。また、医師不足・偏在により、地域によっては小児科、産科などの入院医療を集約化によって対応している。限られた医療資源を有効に活用しなければならない現状から、精神科以外の診療科についても各地域の連携体制を考慮すること。					
○	6	医師	改正	A205	救急医療管理加算	800点 施設基準が成人対象	900点 小児救急も対象	二次救急医療機関は、勤務医の過重労働や経営状態の悪化等により厳しい状況が続いている。地域において担う役割の重要性に鑑み、評価を引き上げるべきである。 また、小児病院では届出が困難な状況のため、小児の救急体制を施設基準に加えるべきである。					
○	7	医師	改正	A221	重症者等療養環境特別加算の施設基準	一般病棟の平均入院患者数の7%以内	一般病棟の平均入院患者数の15%以内	重症患者が集中する急性期医療機関にとって、概ね7%以内という基準は極めて低い。病院機能の分担を推進する観点から急性期医療機関は15%とすること。					
○	8	医師	改正	A234 A234-2	医療安全対策加算 感染防止対策加算	医療安全対策加算 1 85点 医療安全対策加算 2 35点 感染防止対策加算 2 100点	医療安全対策加算 1 200点 医療安全対策加算 2 100点 感染防止対策加算 2 200点	医療安全対策、感染防止対策には、専従セーフティマネージャー、感染制御認定医師、認定看護師、薬剤師などの多職種の協力体制、ライフライン(電気、通信、医療ガス等)の品質を保つ設備管理要員の配置、患者の転倒・転落予防のセンサーやマット、ベッドなど、人的・物的費用がかかるが、現在の点数では全く不十分である。					

出来高 重点要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	9	医師	改正	A234-2	感染防止対策加算、地域連携加算の施設基準	合同カンファレンスは年2回にかぎり数えることができる。 カンファレンスは原則直接対面	感染防止対策加算1と2の合同カンファレンスを認める インターネット、TV会議等も認める	今後、感染防止対策加算2から感染防止対策加算1へ届出を考えている医療機関が現状だと既に、パートナーが固まっているために地域の調整が困難になる。 また、TV会議システム等によるカンファレンスでも可能とすべき。特に中小病院では対面で行うことが難しいため。					
○	10	医師	改正	医療資源の少ない地域	指定地域の拡大 評価項目の拡大	離島を含めた指定地域(30医療圏) 4項目のみ(亜急性期入院医療管理料、栄養サポートチーム加算、緩和ケア診療加算、特定一般病棟入院料)	指定地域 + 過疎地域 「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」と「退院調整加算」の専従要件緩和を追加	平成24年改定において、「医療資源の少ない地域」に所在する病院に配慮したことは評価できるが、現状は真に指定されるべき地域が指定されていない。 今後も重要視される地域医療及び救急医療の充足のため、指定地域には「過疎地域自立促進特別措置法」に定める「過疎地域」を加えるべきである。					

出来高 重点要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	11	医師	新設	入院基本料等加算	地域包括医療ケア体制充実加算の新設		地域包括医療ケア体制充実加算 (入院初日 500点)	<p>地方の保健・医療・福祉(介護)を一体的に提供する「地域包括医療ケア」を実践する体制を評価する。</p> <p>「過疎地域自立促進特別措置法」に定める「過疎地域」を含む2次医療圏に所在する在宅療養支援病院、若しくは、以下の要件のいずれにも該当する300床以下の病院であること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 当該医療機関内に地域包括医療・ケアを担当する常勤の専任医師が配置されている。 2. 臨床研修病院又は臨床研修協力施設である。 3. 患者相談窓口を設置し、患者に対する支援に必要な体制が整備されている。(患者又はその家族からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等、様々な相談に対応する。) 4. 地域の医療機関との病診・病病連携が行われている。(地域連携室を設置し、職員が配置されている。) 5. チーム医療を行っている。(褥瘡対策、在宅栄養、在宅リハビリ等) 6. 在宅医療を担当する常勤医師が、継続的に訪問診療を行うことができる体制を確保している。積極的に在宅医療を行っている。(往診、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、訪問栄養指導、訪問薬剤管理指導、在宅ターミナルケア) 7. 保険医療サービス及び福祉サービスとの連携を調整する担当者が配置されている。(介護支援専門員(ケアマネジャー)、社会福祉士等の保健医療サービスおよび福祉サービスとの連携調整を担当するものを配置している。また、他の保健医療サービスおよび福祉サービスとの連携調整に努めるとともに、当該保険医療機関は、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供にも併せて努める。さらに、地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましい。) 8. 地域の保健事業に参画している。(機能訓練、栄養指導、認知症予防、家族介護教室、産業保健、学校保健等) 					
○	12	医師	新設	医学管理	小児発達障害指導料の新設		250点	対象疾患が、注意欠陥多動症候群、アスペルガー障害、レット症候群、自閉症、広汎性発達障害等の患者に対して、きめ細かい説明や対応が必要であり、指導に時間がかかる。		1人			15分以下

出来高 重点要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	13	精神科	新設	入院基本料等加算	重度慢性精神疾患入院施設管理加算		10:1以上の看護師を配置している精神病棟の入院料への加算 (a) 直結して医療観察法の入院処遇または通院処遇があった (b) GAFスコア30以下6か月以上継続している のいずれかに相当する者が常時概ね5割以上入院している病棟において350点(1日につき)	「重度かつ慢性」の患者を受け入れる病棟の場合、特に当直看護体制が通常より手厚い体制が必要である。しかし、現状では夜勤体制を手厚くしても増収は見込めず(15対1精神病棟入院基本料:811点/日)、かつ夜勤時間制限(72時間以内)により人件費が増加してしまい、経営を圧迫することになる。15対1の看護基準を最低限度で達成できる看護配置および最低限度の夜勤体制(常時2名)で運用するため、手厚い看護体制が必要な患者に対して十分なケアがなされず、入院が長期化する傾向にある。			10:1以上の配置		
○	14	精神科	新設	入院基本料等加算	重度薬物依存症入院医療管理加算		精神病棟入院基本料(15:1以上)並びに精神科特定入院料への加算 ①30日以内200点 ②31日以上60日以内 100点(1日につき)	アルコール、ニコチン以外の薬物依存症の治療は精神科の専門施設を中心に行なわれている。アルコール依存症に比較して1人1日当りで人手がかかるという認識に異論はないが、診療報酬上の手当ては存在しない。			15:1以上の配置		

出来高 重点要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	15	リハビリ	改正	リハビリテーション料	種目別のリハ料を復活させ、疾患別リハ料については加算へ移行させる	種目別リハ料から疾患別リハ料へ移行した状態が続いており、各種目の専門性が分かりにくく、当てはまらない疾患の対応に困り、廃用症候群の活用に苦勞させられている	各種目基本料を復活させる。疾患別リハ料は各種目同等に加算として新設する。基本料は各種目を1単位180点とする。加算が必要な疾患は、疾患特性として、1単位につき脳血管疾患100点を3ヶ月間、心疾患60点を1ヶ月間、がん疾患60点1ヶ月間、小児疾患40点を1ヶ月間、運動器疾患20点を2ヶ月間、呼吸器疾患20点を2ヶ月間とする。廃用症候群や当てはまらない疾患は基本点数のみとし、75歳以上の高齢者や以前より障害のあるものについては、廃用予防を目的とした早期加算を起算日より1ヶ月間のみ30点上乗せすることとする。また、上記の期間が過ぎて、リハビリが必要なものについては、基本点数のみの算定となる。この場合、65歳以上のものについては、各3ヶ月以内に介護保険へ移行させることとする。(厚生労働大臣が認めるものを除く)	①リハビリテーション料に包括され、理学療法・作業療法・言語聴覚の専門的なサービスが分かりにくい。 ②疾患の特性への対応は各種目の専門性によって異なる。 ③疾患別リハ料では当てはまらない疾患が多い。特に高齢者の廃用予防や小児疾患においては早期からの介入が求められているが、対応項目が無く、入院期間の延長など、矛盾したケースが存在する。 ④疾患による特性は、加算にすることで国民にも理解されやすい。 ⑤急性期に発症した廃用症候群は回復に時間を要するため、廃用予防を位置づけることが必要である。					
○	16	リハビリ	改正	B006-3	退院時リハビリテーション指導料の職種拡大		「言語聴覚士」を追加	在宅復帰する患者に対し、失語症や摂食・嚥下障害を有する場合、医師の指示の下、言語聴覚士が会話や食事などの指導を行うことが度々あるため。					

出来高 重点要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	17	事務	改正	A207-2	医師事務作業補助体制加算	15対1 810点 20対1 610点 25対1 490点 30対1 410点 40対1 330点 50対1 255点 75対1 180点 100対1 138点	15対1 990点 20対1 750点 25対1 600点 30対1 495点 40対1 375点 50対1 300点 75対1 195点 100対1 150点	医師事務作業補助者の加算が新設されてから3回目の診療報酬改定を迎えるにあたり、電子カルテの普及、社会情勢等により医師の業務は増大する傾向は必ずしも改善できている状況ではない。医師の指示のもと、業務を補助する事務作業補助者の需要は、特に急性期医療を担う病院は増加している。しかしながら事務作業補助者の業務の質の担保は、給与の面から未だ各医療機関が十分できていない。 そこで、100対1を12点加算することにより配置職員1人あたりに換算して年間約20万円の増が見込まれ、さらに配置基準の割合に応じて点数を加算することにより、配置基準に対応した職員の給与の財源の一部となり、その質も確保できるため。					
○	18	事務	改正	A207	診療録管理体制加算	(名称) 診療録管理体制加算 (配置基準) 1名以上の専任の診療情報管理者が配置 (対象業務抄) ICD大分類程度以上の疾病分類等 (点数) 35点	(名称) 診療情報管理体制加算 (配置基準) 1名以上の専任の診療情報管理士が配置 (対象業務抄) ICD小分類の疾病分類等 (点数) 150点	現行の診療情報管理者には資格要件がないが、DPC対象病院の増加に伴い、有資格者の配置など診療情報管理部門の充実した医療機関が増えている。また、レセコンの精度が上がり、病名にICD10を紐づけているマスターが完備されてきている。 それらのことにより、出来高算定病院、DPC算定病院共に、疾病動向の変化等も調査することが容易になり、専門的知識を有する者を配置してより精度の高いICD10の小分類程度の疾病分類統計等が可能である。 診療情報管理士は、医師事務補助者と違って民間での資格ではあるが、その養成体制が整備され、一定の診療情報管理業務が可能である。各病院がその有資格者を配置し精度の高い職務に従事することを評価し、その点数は、最低医師事務補助者の100対1の評価と同程度とすべきであるため。					

出来高 重点要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	19	看護	改正	A100	7対1入院基本料の算定要件の緩和	<p>1. NST(栄養サポートチーム)やRCT(呼吸管理チーム)、緩和ケアに関する委員会活動や学習会に参加について、医療安全や感染管理、褥瘡対策と同様に勤務時間として扱う。</p> <p>2. 厚生労働省は、新人看護師の臨床研修を努力義務化している。新人看護師が、臨床研修に参加した場合、参加時間数が勤務時間から除外されている。</p>	<p>1. NST、RCT、緩和ケアに関する委員会活動や学習会参加について、医療安全や感染管理、褥瘡対策と同様に勤務時間として扱う。</p> <p>2. 新人看護師の院内における臨床研修への参加は、勤務時間として扱う。</p>	<p>1. NSTやRCT、緩和ケアの諸活動は、患者の栄養改善やペインコントロール、肺炎等呼吸器関連合併症予防や人工呼吸器早期離脱への援助を通して治療効果を高める。これらのより専門性の高い医療チーム活動の結果、患者の日常生活や治療効果を高め、患者のQOL向上だけでなく在院日数短縮にも繋がることを期待できる。</p> <p>2. 新人看護師の臨床研修については、臨床研修制度が義務付けられていることを根拠として、勤務時間に加えていただきたい。</p>		1	3	3	
○	20	看護	改正	A100	入院基本料:看護必要度加算の算定要件緩和(対象患者拡充)	A:医療行為2点以上 かつ B:看護行為3点以上が該当	<p>A:医療行為1点かつ B:看護行為3点</p> <p>或いは</p> <p>A:医療行為0点でも B:看護行為5点以上も該当となるよう見直す</p>	急性期医療を必要とする高齢認知症患者が増加している。モニターや点滴等の医療行為のない患者でも徘徊や不穏など周辺症状により、看護の必要度が高い。現在の看護必要度には、それらの患者は反映されず、現場の看護師の疲弊感が強い。反映されることで、認知症患者への理解とケアの推進が期待できる。					

出来高 重点要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	21	薬剤	改正	A244	病棟薬剤業務実 施加算の算定対 象の拡大	療養病棟入院基本 料、精神病棟入院 基本料又は特定機 能病院入院基本料 (精神病棟に限る) を算定している患 者については、入 院した日から起算し て4週間を限度とす る	療養病棟入院基本 料、精神病棟入院 基本料の入院日か ら起算し5週目以降 も算定対象とする	薬物療法においては、一般病棟だけでなく療養病 棟及び精神病棟においても副作用モニタリング等 の継続的なや安全管理が重要であり、5週目以降 であっても薬剤師による病棟業務が不可欠である。					
○	22	薬剤	新設	B008 薬剤管理 指導料	ハイリスク薬服用 外来患者に対す る薬剤管理指導 料		外来薬剤管理指導 料 1回/月 300点の新 設	薬剤管理指導料は入院中のみしか設定されてい ないが、ハイリスク薬を服用している患者に対して は、入院外来を問わず、薬物療法の安全管理が 重要である。現在、外来においても化学療法、緩 和ケア、喘息、糖尿病、HIV患者などへの服薬指 導や薬学的管理を実施しているが外来患者に薬 剤師が指導した場合の評価がないため、新たな評 価として要望。					

出来高 重点要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	23	臨床検査	改正	D011 K920(注6)	不規則抗体輸血検査	<p>・不規則抗体は、輸血歴又は妊娠歴のある患者に対し、特定の手術が行われた場合に、手術当日に167点(D011:免疫血液学的検査)を算定。</p> <p>・実際に輸血が行われた場合には不規則抗体検査加算200点(K920:輸血料)を算定(通常は1回/月、頻回輸血の場合は1回/週算定)。</p> <p>・不規則抗体同定0点(未収載)</p>	<p>・167点(D011:免疫血液学的検査):輸血歴又は妊娠歴のある患者に対し、輸血の可能性がある場合、検査当日に167点算定。</p> <p>・200点(K920:輸血料):実際に輸血した場合に不規則抗体検査加算として200点を算定する(通常は1回/月、頻回輸血の場合は1回/3日算定)。</p> <p>・不規則抗体同定加算300点(不規則抗体が陽性であり、不規則抗体同定を行った場合に算定する)。(追加・新設、D011)</p>	<p>現行では輸血の可能性のある特定の手術で輸血せずに終わった場合と実際に輸血した場合で算定する内容が異なり、前者では免疫血液学的検査(D011)での算定167点、後者では輸血料の不規則抗体検査加算(K920:通常は1回/月、頻回輸血の場合は別基準あり)での算定200点となっている。しかし、現状では特定の手術以外にも輸血の必要な場合は多い。また、輸血の可能性のある特定の手術であっても輸血せずに終わった場合は、手術当日の免疫血液学的検査となり、DPC症例では算定できない。実際の検査が実施されるのは入院前の外来採血であることが多いため、輸血されなかった場合の多くは持ち出しとなっているのが現状である。</p> <p>血液製剤の廃棄減少と安全な輸血のためにT&Sが推奨されているが、算定日の要件はT&Sが普及しない原因の一つになっていると思われる。また、T&Sでは通常、輸血日から3日以内の不規則抗体の検査歴が必要とされているのに、週に2回以上行うような頻回輸血の場合は1回/週算定しか算定できない点も問題である。</p> <p>不規則抗体が陽性であった場合、その同定が必要不可欠であるが、現在は全部病院側の持ち出しとなっている。</p>	不規則抗体同定のコストはだいたい3000円程度。				
○	24	放射線	改正		CT血管再構成画像加算	冠動脈 600点 その他の血管 400点	冠動脈 1,000点 その他の血管 500点	<p>画像の再構成が現在では診療放射線技師の業務の多くを占めるようになってきている。撮影以外の処理を要する時間がかかる。この処理時間が遅れると、画像診断報告書発行までの時間延長の律速段階になっているため、評価を上げるとともに沢山に員数を動員する必要がある。ソフトが半年ごとくらいに更新されるが、少なくとも1年に一度は更新しないと、診療レベルに追いつかない。パソコンの保障が5年なので5年ごとに買い替えなければならない。</p>	ワークステーション、ソフト代金、サーバー容量の増加など1000万円以上				

出来高 重点要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	25	放射線	新設	画像診断	ポータブル撮影の評価加算		120点	国民の高齢化に伴いポータブル撮影の頻度が増えている。時間と人員も必要なためポータブル撮影に関して加算を設定すること。病室、手術室などでのポータブル撮影は必要性が高く、人的労力も割かれる。入院患者の中には寝たきりなど動きが制限される患者も多いので、ポータブル撮影の頻度が増えている。時間と人員も必要なためポータブル撮影に関して加算を設定すること。また、災害時の在宅診療にも有効である。					
○	26	栄養	改正	B001-9 B001-10 B001-11 C009	外来栄養食事指導料 入院栄養食事指導料 集団栄養食事指導料 在宅患者訪問栄養食事指導料	疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食	①要件緩和 従来の疾病治療の直接手段として行われる栄養食事指導の要件緩和 ②疾病拡大 栄養状態の改善のための食事療法が疾病の悪化防止に寄与すると認められる疾病についての評価を追加	在宅における栄養食事療法の実践を支援するうえで有効であり、特に、今後の医療費を抑制するために、重症化を防止し、再入院のリスクを低減させることは極めて重要である。早期により効果的に専門知識を有する管理栄養士が指導に係ることにより病態改善効果が期待できる。 ①要件緩和 ・糖尿病における境界型糖尿病 ・肥満(BMI25以上) ・食物アレルギーにおける対象患者年齢要件の緩和 ②疾病拡大 ・低栄養 易感染のリスクを低減させることは年齢にかかわらず医療費低減に有益。咀嚼・嚥下障害疾患については、介護保険制度では対象となっている。在宅医療を推進するうえでも重要。がん患者については、がん治療に伴う食欲低下・口内炎・嚥下障害・消化器機能障害等に対する継続的な栄養食事指導は栄養状態の維持・改善につながり、的確な治療実施にも貢献できる。 ・慢性呼吸不全 ・胆石・胆嚢炎 ・尿路結石 ・イレウス					

出来高 重点要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	27	栄養	改正	B001-10	入院栄養食事指導料	①入院中2回まで。ただし、週1回を限度とする。 (1回あたり15分以上) ②130点	①回数制限の緩和入院中の回数増(4回までを要望)。また、1週あたりの回数を2回までに緩和 ②増点を要望200点	①患者の食生活及び食事摂取状況や各種検査データ確認し、患者とともに今後の目標を設定し行動変容を促し、悪化予防、再入院を防止することが目的であるが、15分で2回の指導では十分な対応が出来かねる。また、在院日数の短縮化が進む中、週1回の制約の中では、十分な理解を得られぬまま退院に至るケースもある。 ②実際の患者対応の時間の他、有効な指導を実施するための情報収集や、医師等報告書の作成にも時間を要している。現状では正味指導時間の対価としても不十分な点数であり、評価の見直しを要望する。	食品模型 指導用リーフ レット 食事記録票 等			管理栄養士1	30分 (記録作成含む)

DPC 重点要望

重点	No	要望項目	MDCコード等	要望内容
○	1	採算割れ	02 眼科	白内障手術入院においては、必要な検査のみを適切に行っても、出来高よりも低い点数となっている。点数の見直しを求める。
○	2	採算割れ	04 呼吸器	040080 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎、040100 喘息 の診断群分類は小児患者の場合、出来高請求と比べて採算割れとなるケースが多い。よって、包括評価の引き上げを要望する。 040080x1xxx0xx 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 15歳未満 処置2なし については、DPC包括入院期間の延長を要望する。 肺炎 15歳未満 の点数が異常に低い。年齢制限の撤廃、もしくは点数の1.3倍程度の引き上げが必要。また、肺炎と気管支炎は別物なので、DPC上の分類で分けるべき。
○	3	採算割れ	11 腎尿路	110080xx991xxx 前立腺癌 前立腺針生検施行 在院日数の縮小や注射薬を後発品に変更しても採算割れとなる。特に500床以上の大規模病院はこの傾向が強くなるので、配点の見直しを要望する。
○	4	採算割れ	12 女性	120170 切迫早産 DPCの見直し、出来高への移行 切迫早産となった入院患者は、妊娠週数や患者状態から、他の疾患に比べ入院期間の差異が大きく、また投与する注射薬「切迫流・早産用剤」や「子宮収縮抑制剤」の薬価点数が高額なため、多く注射薬を使用した症例では、採算割れが生じている。そのため、包括点数の引き上げまたは、短期で出来高に移行するか、また初日から出来高へ変更していただきたい。なお、本症例のうち、6割以上の症例で出来高よりマイナスとなっている。
○	5	採算割れ	15 小児	川崎病における免疫グロブリン投与時を出来高算定にして欲しい。重症例などでは病院の持ち出し額も大きいため。
○	6	一部の技術の出来高扱いへの変更	病理組織標本作製	入院患者の病理組織検査は悪性腫瘍等手術摘出臓器が多く、外来等の生検検体に比べ標本作製には医師をはじめ多くの人的経費を含めた支出が必要である。また、免疫染色(免疫抗体法)病理組織検査は、高額な試薬を用い、いずれも患者の治療選択あるいは病理診断鑑別診断に直結したものであり、多臓器数検索のことも多く、多数の標本作製する必要がある。現在は、十分な検索を行う場合は病院の持ち出しとなっている。従って、入院悪性腫瘍手術検体は病理組織標本作製ならびに免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製をDPC包括算定から除外し、出来高算定とすること。
○	7	地域連携と他院受診の取扱い		DPC算定患者で入院中に他院を外来受診した場合、その診療費や薬代を入院中の病院と外来受診先病院との合議で決めることになっているが、実際は入院中の病院が外来受診先病院に診療費等を支払っているのが現状である。 高額医療機器が必要な場合や、かかりつけ医(精神疾患の患者等)等の外来受診を受ける場合など、患者にとって必要な診療科がない場合で、かつ自院の主治医の許可を得るなどの条件を満たした場合は、他院分を出来高にて他院側で算定するよう、明確なルール化を行うこと。

DPC 重点要望

重点	No	要望項目	MDCコード等	要望内容
○	8	係数関係	地域性と高齢者の受入れ	現状は12症例以上のDPC分類のみが係数の計算対象となっている。地域医療を支えている病院では、どのような症例(DPC分類)であっても、受け入れているが、12症例存在していないことで、計算の対象になっていない症例も多い。症例数については、地域特性を考慮していただきたい。

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	1	医師	改正	A000 A001 A002	初再診料における同一日複数科受診の取扱い	初診料 1科目 270点 2科目 135点 3科目 0点 再診料 (外来診療料) 1科目 69点(70点) 2科目 34点(34点)	初診料 1科目 270点 2科目 270点 3科目 270点 再診料 (外来診療料) 1科目 69点(70点) 2科目 69点(70点)	医師の専門性を生かした各科協調による医療はより高度な全人的医療の提供であり、その個別診療科の専門性は当然評価されるべきである。したがって「同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合、すべての診療科について、初診料および再診料の区別なく、また減算することなく算定できること」を要望する。					
	2	医師	改正	A000	初診料 夜間早朝・休日・深夜加算	夜間早朝 85点 休日 250点 深夜 480点	夜間早朝 100点 休日 300点 深夜 600点	休日・時間外の救急診療は、所在する地域での重要な役割を担っているものの、勤務医の過重労働や経営状態の悪化等により厳しい状況となっている。地域において担う役割の重要性を評価し、時間外等加算を増点すること。					
○	3	医師	改正	A002	外来診療料	70点	90点	平成22年度改正で病院再診料の点数が見直され、外来診療料との差はわずか1点となっている。それにもかかわらず、外来診療料には包括されている項目があり、病院負担は大きく不合理である。評価を引き上げること。					
○	4	医師	改正	入院料通則	入院中の患者の他医療機関への受診	入院料別の医療機関間の清算方式 一部の処置・検査の場合のみ控除割合を緩和	ルールの簡略化と一本化 清算方式と入院側の減算ルールを廃止し、外来受診側が請求可能なもののみ保険請求	高額医療機器の利用や専門的な診療が必要な場合など、やむを得ない事情により入院中の患者に他医療機関の受診が必要な場合がある。現行の医療機関間での清算方式は、保険請求事務上大変非効率で医療機関側の事務負担が大きいため、廃止すべきである。入院側は診療内容を記した書面を患者に持たせ、外来受診側はこれに同意し、算定できるものだけに限り保険請求を可能とすること。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	5	医師	改正	入院料通則	入院基本料の施設基準の栄養管理体制	施設基準に常勤管理栄養士1名以上の配置	病床数100床未満の病院は、非常勤でも可とする	地方では、産休等の事情により改定から2年以内に管理栄養士を確保することが難しい病院もある。管理栄養士を確保出来なければ入院基本料の要件を満たさなくなり、事実上、その地域の入院医療は崩壊する。医療法上、病床数100床未満の病院は管理栄養士配置の義務はないことを考慮すべきである。					
	6	医師	改正	入院料通則	入院基本料等	食事時間等、必要な人員を配置しているが、夜勤時間帯に設定されていて、夜勤時間が長くなってしまふ	夜勤時間72時間の縛りの緩和	患者のニーズに対応するために、朝夕・食事時間・就寝時間などを考慮した人員配置をしている。そのため、夜勤時間帯での時間が多くなり、夜勤回数が適当回数でも72時間ぎりぎりになってしまうため。例えば、夜勤時間帯の16時間をもっと短い時間にすべき。					
	7	医師	改正	A100	一般病棟入院基本料の抜本的見直し	看護師の配置数による評価	大幅な増額と診療機能によるコストを反映した評価	一般病棟入院基本料は、主に看護師の配置数で点数が決められているため、地域医療の中核を担う病院が医師をはじめとした多岐にわたる専門職を配置し、高額な医療設備を備え、高い医療機能体制を提供しても入院基本料には反映されない。これら医師数も含めた診療機能によるコストを適切に反映した評価体系となるよう大幅な増額を行うこと。すなわち、「看護師の配置数による評価」から「診療機能によるコストを反映した評価」に再設計を行うこと。 なお、地域によっては、高齢化が進む中で急性期も慢性期も混在し、両方の役割が必要な基幹病院があるため、こういった地域にも配慮して進めること。					
○	8	医師	改正	A100	一般病棟入院基本料の選択制による病棟毎算定	病院全体で1基準の取得	病棟毎で複数基準の取得を手挙げ方式により導入(他は現行どおり)	地方では、急性期から慢性期まで広く患者を受け入れている病院が地域の基幹病院となっている。まずは病院の選択により病棟単位を導入していくべきである。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	9	医師	改正	A100	90日超入院の特定患者	状態等	状態等の追加	状態等の追加:VAC(陰圧閉鎖)療法					
	10	医師	改正	A101	療養病棟入院基本料2の増点	低評価(例) 医療区分1・ADL区分1 733点	コストに合った評価 医療区分1・ADL区分1 900点	平成22年度改正でA~Iの9区分に細分化(これまでは5区分)し、患者の状態に対応したものと理解するが、例えば基本料「I」など733点とビジネスホテル宿泊費並みであり、医療資源を投じているコストに見合っていないため、評価を引き上げること。産科、小児科、救急医療への評価の反面、慢性期医療に大きなしわ寄せを受けている点を再考すべきである。					
	11	医師	改正	A101	療養病棟入院基本料の包括範囲	除外薬剤・注射薬 抗悪性腫瘍剤及び疼痛コントロールのための医療用麻薬、エリスロポエチン、ダルベポエチン	除外薬剤・注射薬の追加 造血剤、骨・カルシウム代謝薬、中毒治療薬	療養病棟入院基本料は、除外薬剤・注射薬以外のものを使用した場合、別に算定することができず、高価薬であっても病院の負担となる。急性期病院から紹介される患者の中には、現在の除外薬剤・注射薬以外の高価薬を使用する患者も多く、薬剤費が入院基本料の大半を占めている。必要な医療の提供並びに急性期病院からの円滑な患者の受入を行うために除外薬剤・注射薬の拡大を要望する。					
○	12	医師	改正	A200	総合入院体制加算の施設基準	逆紹介と治癒の患者数が総退院患者数の40%以上 標榜診療科の要件	紹介率要件の緩和(20%以上) 医療圏の実情に合わせて標榜診療科要件の緩和	算定基準が実態に即していないため、2次・3次救急を提供している病院のほとんどが算定できていない。「逆紹介と治癒の患者数が総退院患者数の40%以上」については廃止、または慢性疾患や悪性腫瘍など「治癒」すること自体稀な傷病を「軽快」や「寛解」として含めるなど、要件を緩和すること。また、医師不足・偏在により、地域によっては小児科、産科などの入院医療を集約化によって対応している。限られた医療資源を有効に活用しなければならぬ現状から、精神科以外の診療科についても各地域の連携体制を考慮すること。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	13	医師	改正	A205	救急医療管理加算	800点 施設基準が成人対象	900点 小児救急も対象	二次救急医療機関は、勤務医の過重労働や経営状態の悪化等により厳しい状況が続いている。地域において担う役割の重要性に鑑み、評価を引き上げるべきである。 また、小児病院では届出が困難な状況のため、小児の救急体制を施設基準に加えるべきである。					
○	14	医師	改正	A221	重症者等療養環境特別加算の施設基準	一般病棟の平均入院患者数の7%以内	一般病棟の平均入院患者数の15%以内	重症患者が集中する急性期医療機関にとって、概ね7%以内という基準は極めて低い。病院機能の分担を推進する観点から急性期医療機関は15%とすること。					
	15	医師	改正	A224	無菌治療室管理加算に小児加算の追加	なし	1,000点	小児の血液疾患の受け入れが少なくなっており、コストも大人以上であることを加味し、小児加算が必要である。					
	16	医師	改正	A226-2	緩和ケア診療加算の施設基準	精神科医の常勤 身体症状・精神症状を担当する医師のどちらか専従 緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと	精神科医の常勤要件緩和 どちらか専任 兼任が可能	精神科等を標榜していない病院でも緩和ケア診療を行っているが、常勤の精神科医がいないことで算定できない。常勤でなくとも、連携をとり定期的に指導を受けている場合は算定を認めること。 現在の医師不足状況を勘案し、身体症状・精神症状を担当する医師のどちらか専従とする要件を専任に緩和し、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師の兼任を認めること。					
○	17	医師	改正	A234 A234-2	医療安全対策加算 感染防止対策加算	医療安全対策加算 1 85点 医療安全対策加算 2 35点 感染防止対策加算 2 100点	医療安全対策加算 1 200点 医療安全対策加算 2 100点 感染防止対策加算 2 200点	医療安全対策、感染防止対策には、専従セーフティマネージャー、感染制御認定医師、認定看護師、薬剤師などの多職種の協力体制、ライフライン（電気、通信、医療ガス等）の品質を保つ設備管理要員の配置、患者の転倒・転落予防のセンサーやマット、ベッドなど、人的・物的費用がかかるが、現在の点数では全く不十分である。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	18	医師	改正	A234-2	感染防止対策加算、地域連携加算の施設基準	合同カンファレンスは年2回にかぎり数えることができる。 カンファレンスは原則直接対面	感染防止対策加算1と2の合同カンファレンスを認める インターネット、TV会議等も認める	今後、感染防止対策加算2から感染防止対策加算1へ届出を考えている医療機関が現状だと既に、パートナーが固まっているために地域の調整が困難になる。 また、TV会議システム等によるカンファレンスでも可能とすべき。特に中小病院では対面で行うことが難しいため。					
	19	医師	改正	A300	救命救急入院料	14日限度	14日以降30日以内を別加算	現在、14日を限度としているが、超重傷患者の搬送が多く、14日以降も集中管理を必要とする症例が多々あり14日以降30日以内については別の管理加算として、(例、8日以上14日以内の100/50といった)新点数の基準を設けてほしい。理由として看護配置基準が4対1に設定されたことにより人件費がひっ迫している。					
	20	医師	改正	A301-4	小児特定集中治療室管理料の施設基準	当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者(転院時に他の保険医療機関で救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定するものに限る)が直近1年間に20名以上であること	A205 救急医療管理加算の算定病院からの紹介が直近1年間に20名以上 都道府県が定める小児救急医療に関する計画に基づいて運営される小児救命救急センターを有している病院の治療室を単位として行うものであること 「救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定」を削除	小児特定集中治療室管理料算定病床があるのは、全国で1件のみと非常に施設基準要件が厳しいことは明らかである。2次・3次救急を受け入れる小児専門医療機関では、救命救急入院料又は特定集中治療室管理料を算定している病床を経由することはほとんどないため、当該条項を満たすのはほぼ不可能である。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	21	医師	改正	A307	小児入院医療管理料算定における、ギプス、装具治療のまるめの見直し	管理料内にまるめられており、算定できない	注射、手術、麻酔などと同様出来高で算定できるようにする	小児のギプス、装具治療は治療の根幹をなすものであり、かつ高度な技術を要する故、手術と同様に考えていただきたい。					
○	22	医師	改正	医療資源の少ない地域	指定地域の拡大 評価項目の拡大	離島を含めた指定地域(30医療圏) 4項目のみ(亜急性期入院医療管理料、栄養サポートチーム加算、緩和ケア診療加算、特定一般病棟入院料)	指定地域 + 過疎地域 「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」と「退院調整加算」の専従要件緩和を追加	平成24年改定において、「医療資源の少ない地域」に所在する病院に配慮したことは評価できるが、現状は真に指定されるべき地域が指定されていない。 今後も重要視される地域医療及び救急医療の充足のため、指定地域には「過疎地域自立促進特別措置法」に定める「過疎地域」を加えるべきである。					
	23	医師	改正	医療資源の少ない地域	特定一般病棟入院料の施設基準	以下に該当する施設は対象外 ・200床以上 ・DPC対象 ・7対1算定 ・10対1算定	以下に該当する施設も対象とする ・200床以上 ・DPC対象 ・10対1算定	対象施設には、医療計画上の「へき地医療」を担っている医療機関が現実に算定できるよう条件設定を改めるべきである。					
	24	医師	改正	A400	短期滞在手術基本料1の対象手術の拡大	小児病院でよく行われる手技(チュービング、臍ヘルニアなどの体表手術)が含まれていない	短期滞在手術基本料について、小児病院でよく行われる手技も含むよう拡大	チュービングや臍ヘルニアなどの体表手術などについて、対象範囲を拡大する。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	25	医師	改正	B001-24	外来緩和ケア管理料	月1回に限り算定 麻薬が投与されている患者に限る	2週間に1回に限り算定 麻薬投与に限らず、身体的症状又は精神症状を持つ患者	緩和ケア外来においては、診察の間隔がほとんどの場合、1週間から2週間である。診察回数が多い患者では月4回程度になる場合もある。それだけ頻繁にチームで患者に関わっているため。また、麻薬が投与されている患者に限定すべきではない。					
	26	医師	改正	B001-24	外来緩和ケア管理料の施設基準	緩和ケアチームの精神症状の緩和を担当する常勤医師の配置	精神科医の常勤要件緩和	精神科医が常勤で配置できる環境は、医師不足の現状や医療機関の規模的な問題等を鑑みると現状に則していない。実際は精神科医を除いた緩和ケアチームが活動している。		2人	1人	1人	
	27	医師	改正	B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料	200点	300点	深夜、土曜日、休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療の重要性はより一層評価されるべきである。医療機関として、救急車をきちんと受け入れることや、初期医療を行える体制を構築することなど、病院負担は大きく、評価を引き上げる必要がある。					
	28	医師	改正	B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準	医療計画に記載されている二次救急医療機関	二次救急と三次救急双方の指定を受けていても届出可能	地域の特性上、二次救急医療機関が少ない地域で二次・三次救急を行っている病院がある。二次救急のみを対象とすべきではなく、各都道府県の医療計画を尊重し、地域の特性上、二次・三次救急の双方を担う医療機関も届出可能とすべきである。					
	29	医師	改正	B005-2	地域連携診療計画管理料	対象疾患 大腿骨頸部骨折及び脳卒中	対象疾患 急性心筋梗塞の追加	急性心筋梗塞地域連携パス症例の病院側および診療所側での保険点数を設定すること。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	30	医師	改正	B011-4	医療機器安全管理料1	対象 生命維持管理装置とは、人工心肺装置及び補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置(人工腎臓を除く)、除細動装置及び閉鎖式保育器	対象 全身麻酔の際の閉鎖循環式ガス麻酔器を追加	臨床工学技士による機器の維持管理保守のコストが反映されていないため。				1人	30分
	31	医師	改正	C000	往診料	夜間、深夜の加算は午前6時又は7時まで	夜間・早朝、深夜の加算は午前6時又は8時まで	初再診料については午前6時から午前8時までの間が夜間・早朝等加算として評価されるが、往診料については評価されていないため。					
	32	医師	改正	C003	在宅がん医療総合診療料	訪問診察又は訪問看護を週4日以上行った場合に算定	継続して算定している患者が死亡した場合には、週4日以上行わなくても死亡日までは算定可能とすべき	訪問診察及び訪問看護を週4日以上を組む、前週と同様の体制で診療を行っているため。					
	33	医師	改正	C003	在宅がん医療総合診療料	酸素濃縮装置等の在宅療養指導管理材料加算も全て所定点数に含まれる	装置レンタル料相当の材料加算については別途算定可能とすべき	患者の状態によって病院の収支が大きく変わるリスクがなくなり、より在宅がん医療を推進できるため。					
	34	医師	改正	C004	救急搬送診療料	入院患者を搬送した場合には算定できない	算定要件の緩和	患者の状態が重篤で、医師が付き添って他院に搬送する場合であっても、低次機能の医療機関から高次機能の医療機関への転院では「救急搬送患者地域連携紹介加算」の算定ができず、適正な評価がされていない。紹介加算が改善されないなら、せめて入院患者に対しても救急搬送診療料を認めるべき。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	35	医師	改正	在宅療養指導管理料	在宅療養指導管理料の通則	同時に複数の在宅療養指導管理料を算定できない	在宅療養指導管理料において、重複障害をもった患者では、同時に複数の指導管理料を算定可能とする	小児では重複障害をもった患者が多く、必要とする医療材料・衛生材料が高額となるが、同時に複数の在宅療養指導管理料を算定できないことから、その分(医療材料加算に該当する部分を除く)が医療機関または患者家族の大きな経費負担となっている。					
	36	医師	改正	C160 C161 C162 C163	在宅中心静脈栄養法輸液セット等	月1回算定	2月に2回に限り	冬場のインフルエンザが流行する時期など、患児が月1回外来受診することが困難な場合、外来診察を1ヶ月半から2ヶ月の間隔にしているケースがあり、そのときは、病院が材料費を持ち出しで患者に渡しているため。					
	37	医師	改正	C169	気管切開患者用人工鼻加算	1500点	1800点	人工鼻を1個/日使う場合が多いが、点数内では費用をまかなえないため。					
	38	医師	改正	J039	血漿交換療法	適応は25病名	適応拡大 ANCA関連性血管炎 急速進行性糸球体腎炎	症例が多い。					
	39	医師	改正	歯科 I017	睡眠時無呼吸症候群の咬合床	医科歯科併設病院では、院内担当科からの院内照会を受けた場合に限る	他の医療機関からの紹介に基づいて作成した場合も算定可能とする	院外からの紹介により作成した場合には、算定できないのは、地域における医療機能の分担の面から不適切である。		1			30分

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	40	精神科	改正	A100 A300	入院中の患者の他医療機関への受診(通知の通則)	特定入院料を算定する場合、基本点数の70%を控除した点数により算定する	精神科特定入院料を算定する患者の場合、精神病棟入院基本料と同等に基本点数の30%を控除した点数により算定する	現実に精神科急性期医療、専門医療を実施している病棟の多数が精神科単科病院であり、他の医療機関で身体疾患の診療を受けることはしばしばある。その受診に際しては家族との協議、看護師など職員の同行など、多大な労力を要している。この問題において、他の一般医療における特定入院料と同等に減算されることは合理性を欠く。					
	41	精神科	改正	A230-4	精神科リエゾンチーム加算(施設基準の見直し)	看護師は国及び医療関係団体等が主催する研修(6月以上かつ600時間以上の研修期間、修了証が交付される)を修了した者であること	看護師の要件である研修期間を緩和し、精神科リエゾン領域に特化したものとする	施設基準の通知に挙げられた研修期間は点数に見合わない長期間であるだけでなく、講義、演習は精神科リエゾン領域に直接関連していない。そのため、算定施設数が非常に少なく、また精神科専門病院が届け出る事態となっていて、総合病院精神科における「医療従事者の勤務体制の改善」、「チーム医療の促進」に結びついていない。					
	42	精神科	改正	A238	退院調整加算(施設基準の見直し)	精神病棟入院基本料、精神科特定入院料を算定した患者が対象になっていない	退院調整加算2に精神病棟入院基本料(15:1以上)、精神科特定入院料を算定した患者を加える	精神科では、患者の早期退院に向けた多職種チームのカンファレンスを数多く行い、時間を要する。また、院外の関係機関、地域生活支援の関係者と病院職員が協議するケア会議も実施している。これらへの診療報酬上の手当てはない。					
	43	精神科	改正	I000	精神科電気痙攣療法(算定方法の見直し)	麻酔に要する費用は所定点数に含まれる	麻酔に要する費用は別途算定できる	精神科単科病院では麻酔医を別途配置する必要があり、昨今の麻酔医の不足によって当該療法の実施に困難を来している。通常の麻酔でL008(マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、5その他の場合、口)による6100点を算定できるものが3000点に包括されるのは合理性を欠く。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	44	精神科	改正	I002	通院・在宅精神療法(16歳未満の患者に対する加算要件の見直し)	区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関	一律「16歳未満」とするか、「児童精神科の標榜と精神保健指定医の常勤、20歳未満の一定の精神科初診者数実績、16歳未満の精神科デイケアを行っている医療機関、16歳未満の精神科紹介患者などのいくつかの条件」を追加する。	1傷病の診療継続中に他の傷病が発生した場合には、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定すると規定されている。そのために、総合病院等に他科の疾患により通院していた患者が、関連のない精神障害で精神科を初診した場合でも、初診料が算定できないため、通院・在宅精神療法の20歳未満加算も算定できなくなっている。					
	45	精神科	改正	I007	精神科作業療法(急性期特定入院料・児童思春期入院料における算定要件の見直し)	実施時間は患者1人当たり1日につき2時間を標準とする	精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料、児童・思春期入院医療管理料を算定できる患者の場合、1回60分で算定可能とする	精神科作業療法は、言語的疎通性の回復が不十分な急性期においても有効性のあることが知られている。1日2時間、25人単位という標準設定は、回復途上の精神科急性期患者や児童・思春期の患者にとっては負担である。					
	46	精神科	改正	I008-2 I009	精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア(20歳未満加算の追加)	精神科ショート・ケア(1日につき) 1 小規模 275点 2 大規模 330点 精神科デイ・ケア(1日につき) 1 小規模 590点 2 大規模 700点	20歳未満の場合 精神科ショート・ケア1回100点加算 精神科デイ・ケア1回200点加算	20歳未満に対する精神科デイ・ケア、精神科ショート・ケアでは、家族の援助のほか、学校、児童相談所、施設などとの連携が重要であり、専門的な知識や技術を要する。また、有効な結果を導くためには、多職種チーム医療が必須であり、関係機関との連携、情報交換、スタッフ間の協議に長時間を要する。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	47	リハビリ	改正	リハビリテーション料	種目別のリハ料を復活させ、疾患別リハ料については加算へ移行させる	種目別リハ料から疾患別リハ料へ移行した状態が続いており、各種目の専門性が分かりにくく、当てはまらない疾患の対応に困り、廃用症候群の活用に苦勞させられている	各種目基本料を復活させる。疾患別リハ料は各種目同等に加算として新設する。基本料は各種目を1単位180点とする。加算が必要な疾患は、疾患特性として、1単位につき脳血管疾患100点を3ヶ月間、心疾患60点を1ヶ月間、がん疾患60点1ヶ月間、小児疾患40点を1ヶ月間、運動器疾患20点を2ヶ月間、呼吸器疾患20点を2ヶ月間とする。廃用症候群や当てはまらない疾患は基本点数のみとし、75歳以上の高齢者や以前より障害のあるものについては、廃用予防を目的とした早期加算を起算日より1ヶ月間のみ30点上乗せすることとする。また、上記の期間が過ぎて、リハビリが必要なものについては、基本点数のみの算定となる。この場合、65歳以上のものについては、各3ヶ月以内に介護保険へ移行させることとする。(厚生労働大臣が認めるものを除く)	①リハビリテーション料に包括され、理学療法・作業療法・言語聴覚の専門的なサービスが分かりにくい。 ②疾患の特性への対応は各種目の専門性によって異なる。 ③疾患別リハ料では当てはまらない疾患が多い。特に高齢者の廃用予防や小児疾患においては早期からの介入が求められているが、対応項目が無く、入院期間の延長など、矛盾したケースが存在する。 ④疾患による特性は、加算にすることで国民にも理解されやすい。 ⑤急性期に発症した廃用症候群は回復に時間を要するため、廃用予防を位置づけることが必要である。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	48	リハビリ	改正	H007-2	がん患者リハビリテーション料の請求資格の緩和	医師の指導監督の下、がん患者リハビリテーションに関する適切な研修を完了した理学療法士、作業療法士、言語聴覚士がリハビリテーションをおこなったときに算定できる	研修を完了した療法士が部内に伝達すれば他の療法士も算定できるようにならないか						
	49	リハビリ	改正	A308	回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数(別表第9)	回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数 3 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態について廃用症候群が外科手術又は肺炎等の治療時の安静に起因するものとされている	生活不活発によって生じた廃用症候群を回復期リハビリテーションを要する状態の中に追加していただきたい。(別表第9の2)	地震、水害等の災害時に避難所等での生活により、特に高齢者や障害のある方は、生活が不活発になり廃用症候群になる場合がある。また在宅生活を送っている場合でも、廃用症候群が生じる場合がある。そのような方を回復期リハビリテーションを要する状態とみなし、集中的にリハビリテーションを実施することにより、状態の改善が見込める。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	50	リハビリ	改正	B001-2-7	外来リハビリテーション診察料1・2	外来リハビリにおける医師の診察頻度緩和	包括的にリハビリの指示が行われた場合に算定することになっているが、毎回医師とのカンファレンスなどが必要であり、また患者側の都合で予約日に来院しないと、来院できなかった理由等カルテ・レセプトへの記載が必要で業務がかえって煩雑になっている	算定要件が複雑すぎるためもう少し合理的に算定可能なように再考を望む。					
○	51	リハビリ	改正	B006-3	退院時リハビリテーション指導料の職種拡大		「言語聴覚士」を追加	在宅復帰する患者に対し、失語症や摂食・嚥下障害を有する場合、医師の指示の下、言語聴覚士が会話や食事などの指導を行うことが度々あるため。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	52	リハビリ	改正	B007	退院前訪問指導料の算定要件の緩和	回復期リハビリテーション入院料に包括	回復期リハビリテーション病棟入院料算定時において、出来高算定可能に	ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟である回復期リハビリテーション病棟においては、入院中の患者への訪問指導は有効と考えられ、特に患者を同行させての、患者でのADL練習は、各家庭で異なる家庭環境(家屋構造、家庭構成等)を考慮した効果的な練習がおこなえ効果的である。介護者、本人への指導は退院後の家庭生活への不安を取り除く事に役立ち、家庭への受け入れを推進させられる。また、訪問時に介護支援専門員も参加することにより維持期への円滑な移行も進んでいくと思われる。しかし、回復期リハビリテーション病棟の患者への訪問指導は多職種によりおこなわれることが多く業務の調整が必要である。また、長時間の移動時間により実施日の業務量を低下させ、収益上の不利益をもたらしている。特に地方病院においては広域よりの入院患者を受け入れている為に患者まで数時間の移動時間が必要な場合もまれではない。そのため、十分な退院前訪問の実施を行えない状態である。そこで、退院前訪問指導料、訪問時の疾患別リハ料の単位を算定可能とすることで、患者への訪問指導が促進され回復期リハビリテーション病棟の目的の一つでもある家庭復帰もさらに進められると思われる。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	53	事務	改正	在宅療養指導管理料通則	算定ルールの変更—主たる指導管理を行う医療機関	入院医療機関で退院時算定後の患者に対し、他院で外来時に指導管理が必要な場合は、それぞれで算定可能だが、逆の場合で他院外来時に指導管理を算定した後、入院の必要性から入院医療機関に来院し入院した場合、同月退院時は算定できない	転院月は、両医療機関で算定が可能であるべき	このようなケースにおいては、入院・退院時に係る指導・管理はそれ以前とは変更点も多く、それぞれで算定可能とすることが、物品支給の点からも妥当である。					
	54	事務	改正	通則	特定疾患治療管理料と在宅療養指導管理料	同月併算定不可	同月に併算定できるようにならないか	特定疾患治療管理と在宅療養における指導管理は別のもので、科や医師も異なるので、併算定してもよいのではないかとと思われる。					
○	55	事務	改正	A207-2	医師事務作業補助体制加算	15対1 810点 20対1 610点 25対1 490点 30対1 410点 40対1 330点 50対1 255点 75対1 180点 100対1 138点	15対1 990点 20対1 750点 25対1 600点 30対1 495点 40対1 375点 50対1 300点 75対1 195点 100対1 150点	医師事務作業補助者の加算が新設されてから3回目の診療報酬改定を迎えるにあたり、電子カルテの普及、社会情勢等により医師の業務は増大する傾向は必ずしも改善できている状況ではない。医師の指示のもと、業務を補助する事務作業補助者の需要は、特に急性期医療を担う病院は増加している。しかしながら事務作業補助者の業務の質の担保は、給与の面から未だ各医療機関が十分できていないとは言いえない。 そこで、100対1を12点加算することにより配置職員1人あたりに換算して年間約20万円の増が見込まれ、さらに配置基準の割合に応じて点数を加算することにより、配置基準に対応した職員の給与の財源の一部となり、その質も確保できるため。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	56	事務	改正	A207	診療録管理体制加算	(名称) 診療録管理体制加算 (配置基準) 1名以上の専任の診療情報管理者が配置 (対象業務抄) ICD大分類程度以上の疾病分類等 (点数) 35点	(名称) 診療情報管理体制加算 (配置基準) 1名以上の専任の診療情報管理士が配置 (対象業務抄) ICD小分類の疾病分類等 (点数) 150点	現行の診療情報管理者には資格要件がないが、DPC対象病院の増加に伴い、有資格者の配置など診療情報管理部門の充実した医療機関が増えている。また、レセコンの精度が上がり、病名にICD10を紐づけているマスターが完備されてきている。 それらのことにより、出来高算定病院、DPC算定病院共に、疾病動向の変化等も調査することが容易になり、専門的知識を有する者を配置してより精度の高いICD10の小分類程度の疾病分類統計等が可能である。 診療情報管理士は、医師事務補助者と違って民間での資格ではあるが、その養成体制が整備され、一定の診療情報管理業務が可能である。各病院がその有資格者を配置し精度の高い職務に従事することを評価し、その点数は、最低医師事務補助者の100対1の評価と同程度とすべきであるため。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	57	看護	改正	A100	7対1入院基本料の算定要件の緩和	<p>1. NST(栄養サポートチーム)やRCT(呼吸管理チーム)、緩和ケアに関する委員会活動や学習会参加について、医療安全や感染管理、褥瘡対策と同様に勤務時間として扱う。</p> <p>2. 厚生労働省は、新人看護師の臨床研修を努力義務化している。新人看護師が、臨床研修に参加した場合、参加時間数が勤務時間から除外されている。</p>	<p>1. NST、RCT、緩和ケアに関する委員会活動や学習会参加について、医療安全や感染管理、褥瘡対策と同様に勤務時間として扱う。</p> <p>2. 新人看護師の院内における臨床研修への参加は、勤務時間として扱う。</p>	<p>1. NSTやRCT、緩和ケアの諸活動は、患者の栄養改善やペインコントロール、肺炎等呼吸器関連合併症予防や人工呼吸器早期離脱への援助を通して治療効果を高める。これらのより専門性の高い医療チーム活動の結果、患者の日常生活や治療効果を高め、患者のQOL向上だけでなく在院日数短縮にも繋がることを期待できる。</p> <p>2. 新人看護師の臨床研修については、臨床研修制度が義務付けられていることを根拠として、勤務時間に加えていただきたい。</p>		1	3	3	
○	58	看護	改正	A100	入院基本料:看護必要度加算の算定要件緩和(対象患者拡充)	A:医療行為2点以上 かつ B:看護行為3点以上が該当	<p>A:医療行為1点かつ B:看護行為3点 或いは A:医療行為0点でも B:看護行為5点以上も該当となるよう見直す</p>	急性期医療を必要とする高齢認知症患者が増加している。モニターや点滴等の医療行為のない患者でも徘徊や不穏など周辺症状により、看護の必要度が高い。現在の看護必要度には、それらの患者は反映されず、現場の看護師の疲弊感が強い。反映されることで、認知症患者への理解とケアの推進が期待できる。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	59	看護	改正	B001-23	がん患者カウンセリング料(算定要件の緩和)	がん患者カウンセリング料 500点(患者1人につき1回に限り算定)	がん患者カウンセリング料 500点(月1回に限り算定) (2回目以降のカウンセリングも算定できるようにする) 家族へのカウンセリングをした場合も新たに算定要件のひとつとすること。	患者さんや家族の中には1度のカウンセリングのみでは意思決定できないことが多く、また、患者・家族関係で問題がある場合など、一度の介入だけでは解決できないケースも多くみられる。複数回介入した患者や家族からは、『気持ちの整理ができて楽になった』、『家族(患者)の気持ちが変わり関係性が良くなった』など、肯定的な評価が得られている。単なる治療方針の説明ではなく、カウンセリングの要素を含めた継続した介入は、今後のがん医療にとって必要不可欠となる。2回目以降の介入が診療報酬で認められることによって、さらに多くの施設で複数回継続した介入が可能になる。更に、家族だけに行わざるを得ない状況も多く、算定要件に加えていただきたい。		1	1		60分
	60	看護	改正	注射通則6	外来化学療法加算の増点	外来化学療法加算 1-A 15歳以上 580点	がん化学療法に係る専門の教育を受けた看護師(具体的には、①日本看護協会認定看護師教育課程の「がん化学療法看護」の研修、②日本看護協会が認定している看護系大学院の「がん看護」専門看護師教育課程)が外来化学療法室に配置されている場合には、630点とする	化学療法は昨今、新たな抗悪性腫瘍剤が数多く登場して、高度化、複雑化しつつあり、外来化学療法室で実際の投与や患者指導に直接かかわる看護師には高い専門性が求められる。がん化学療法に関する専門教育を受けた看護師を外来化学療法室に専従で配置することにより、患者に対して質の高いケアが提供されると同時に、看護スタッフへの教育の充実により化学療法全体の質の向上が見込まれ、治療を受ける患者のQOLの向上にもつながる。また、専門教育を受けた看護師が増加し、全国の施設の外来化学療法室に配置されることにより、外来化学療法の拡充が図れる。専任と専従配置で加算要件を区分し、専門的教育を受けた人材登用には増点とすることを要望。		1	1	1	120分以上

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	61	看護	改正	J001-7	爪甲除去(糖尿病および重症爪白癬患者の爪さきり処置)	爪甲除去45点(外来診療料に含まれる)	外来診療料に含めず、胼胝・鶏眼処置と同程度(170点)に診療報酬を認めて欲しい	糖尿病および重症爪白癬の患者の爪さきり処置は、技量および時間を要する。専門的な処置として外来診療料に含めないことを要望する。また、現行の点数(45点)は低く胼胝・鶏眼処置と同程度(170点)の診療報酬が適当と考えるため増点を要望する。		1人			15分以下
○	62	薬剤	改正	A244	病棟薬剤業務実施加算の算定対象の拡大	療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る)を算定している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする	療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料の入院日から起算し5週目以降も算定対象とする	薬物療法においては、一般病棟だけでなく療養病棟及び精神病棟においても副作用モニタリング等の継続的なや安全管理が重要であり、5週日以降であっても薬剤師による病棟業務が不可欠である。					
	63	薬剤	改正	G020	無菌製剤処理料の増点	イ (1)150点 (2)100点 ロ 50点	イ (1)200点 (2)200点 ロ 100点	抗がん剤、高カロリー輸液等、無菌製剤の調製には高度な安全管理と技術を要する。特に抗がん剤による環境汚染がますます問題になっている中、曝露防止のために安全キャビネットや閉鎖式接続器具の使用が不可欠であるが、現在の評価では消耗品費も加算点数では賅えないため、増点を要望					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	64	薬剤	改正	F000 調剤料	麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬の管理料	調剤料にて1点加算 処方料にて1点加算 麻薬については薬剤管理指導料にて50点	麻薬管理料として1処方 100点 向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬の管理料として1処方 30点	麻薬、向精神薬、覚せい剤又は毒薬は、薬事法上および麻薬及び向精神薬取締法によりその管理が厳しく規制されており、その調剤、投薬には厳格な管理のもと細心の注意を払う必要がある。現行の評価では過少であるため、麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬に対する管理料の新設を要望。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	65	臨床検査	改正	D011 K920(注6)	不規則抗体輸血検査	<p>・不規則抗体は、輸血歴又は妊娠歴のある患者に対し、特定の手術が行われた場合に、手術当日に167点(D011:免疫血液学的検査)を算定。</p> <p>・実際に輸血が行われた場合には不規則抗体検査加算200点(K920:輸血料)を算定(通常は1回/月、頻回輸血の場合は1回/週算定)。</p> <p>・不規則抗体同定0点(未収載)</p>	<p>・167点(D011:免疫血液学的検査):輸血歴又は妊娠歴のある患者に対し、輸血の可能性がある場合、検査当日に167点算定。</p> <p>・200点(K920:輸血料):実際に輸血した場合に不規則抗体検査加算として200点を算定する(通常は1回/月、頻回輸血の場合は1回/3日算定)。</p> <p>・不規則抗体同定加算300点(不規則抗体が陽性であり、不規則抗体同定を行った場合に算定する)。(追加・新設、D011)</p>	<p>現行では輸血の可能性のある特定の手術で輸血せずに終わった場合と実際に輸血した場合で算定する内容が異なり、前者では免疫血液学的検査(D011)での算定167点、後者では輸血料の不規則抗体検査加算(K920:通常は1回/月、頻回輸血の場合は別基準あり)での算定200点となっている。しかし、現状では特定の手術以外にも輸血の必要な場合は多い。また、輸血の可能性のある特定の手術であっても輸血せずに終わった場合は、手術当日の免疫血液学的検査となり、DPC症例では算定できない。実際の検査が実施されるのは入院前の外来採血であることが多いため、輸血されなかった場合の多くは持ち出しとなっているのが現状である。</p> <p>血液製剤の廃棄減少と安全な輸血のためにT&Sが推奨されているが、算定日の要件はT&Sが普及しない原因の一つになっていると思われる。また、T&Sでは通常、輸血日から3日以内の不規則抗体の検査歴が必要とされているのに、週に2回以上行うような頻回輸血の場合は1回/週算定しか算定できない点も問題である。</p> <p>不規則抗体が陽性であった場合、その同定が必要不可欠であるが、現在は全部病院側の持ち出しとなっている。</p>	不規則抗体同定のコストはだいたい3000円程度。				
	66	臨床検査	改正	D400	血液採取(静脈)	16点	20点	<p>前回の改定で13点から16点へ3点引き上げられたが、安全な採血を行うため標準採血法ガイドラインを順守すると、実際には200円以上の経費が必要であり、20点への再引き上げを要望。</p>	<p>駆血帯、安全機能付き採血針、採血ホルダー、真空採血管、アルコール綿、止血用絆創膏、手袋、マスク、速乾性手指消毒剤等で150円程度</p>				

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	67	臨床検査	改正	DO12 (21)	ノロウイルス抗原定性	150点:但し、ア～オの患者に適応が限定されている	150点:当該ウイルス感染症が疑われる場合に算定	現在、適応がア～オの患者に限られているが、それ以外の患者にも検査を必要とする場合が多い。感染力が強力であるため、集団感染防止や院内感染防止のためには、早期診断と迅速な感染対策が重要。					
	68	臨床検査	改正	N004	細胞診:液状化検体細胞診加算	過去に穿刺し固定保存液に回収した検体から標本作製して診断を行った場合には液状化細胞診加算として所定点数に85点を加算	1婦人科材料等(150点)、2穿刺吸引細胞診、体腔液等によるもの(190点)の区別なく、液状化細胞診標本作製して診断を行った場合に液状化検体細胞診加算として所定点数に85点を加算	婦人科細胞診などで液状化細胞診標本作製が一般的に実施されるようになっていながらもかわらず、現行のように過去に穿刺し固定保存液に回収した検体から標本作製して診断を行うことは実際にはほとんどないのが現状である。算定要件が現状と乖離しており、要件の見直しを要望。液状化細胞診標本は通常の塗沫法に比べてコストが700円ほど高く、高額な専用機械を必要とすることもあり、多くの液状化細胞診では多額のコスト割れが発生している。液状化細胞診が一般化している現状をふまえて、実際に液状化細胞診標本作製した場合に、所定点数に85点を加算してほしい。	LBC作製機 1200万円 材料費(フィルター、パイアル、スライドグラス等) 一検体あたり783円				
	69	臨床検査	改正	D026	検体検査管理加算の区分見直し	検体検査管理加算Ⅰ～Ⅳ	検体検査管理加算Ⅱの100点を300点に引き上げる。現行の検体検査管理加算Ⅲは廃止。	専任の検査医を配置して検体検査の適正や管理運営を行っている場合(現行の加算Ⅱ)、加算Ⅳの500点と比べて加算Ⅱは100点であり、実質的な診療報酬上の格差が大きい。現行の加算Ⅲ(300点)はほとんど届け出されていない状況を鑑みて、現行加算Ⅱを300点に引き上げていただきたい。加算Ⅲは廃止。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	70	放射線	改正		CT血管再構成画像加算	冠動脈 600点 その他の血管 400点	冠動脈 1,000点 その他の血管 500点	画像の再構成が現在では診療放射線技師の業務の多くを占めるようになってきている。撮影以外の処理を要する時間がかかる。この処理時間が遅れると、画像診断報告書発行までの時間延長の律速段階になっているため、評価を上げるとともに沢山に員数を動員する必要がある。ソフトが半年ごとくらいに更新されるが、少なくとも1年に一度は更新しないと、診療レベルに追いつかない。パソコンの保障が5年なので5年ごとに買い替えなければならない。	ワークステーション、ソフト代金、サーバー容量の増加など 1000万円以上				
	71	放射線	改正	M001	体外照射用固定器具加算	頭頸部腫瘍に対して体外照射を行う際に頭頸部を固定した場合のみ	・定位放射線治療の場合、一連に固定具が含まれるが、別に固定具加算が取れるようにしてほしい。 ・強度変調放射線治療(IMRT)における体幹部固定具の加算をしてほしい						
	72	栄養	改正	A233-2	栄養サポートチーム加算	200点及び医療資源の少ない地域 100点(専従要件緩和による)	各々増点 400点及び医療資源の少ない地域 200点(専従要件緩和の継続)	NSTによる栄養改善は、合併症併発の予防、感染対策、在院日数の短縮など極めて有効であり、医療費の減少が期待される。しかし、専従1名の配置とチームでの活動に対する点数評価不十分であり、引き上げを要望。 ①病床規模の違い等によって、相対的にみてNSTで介入すべき患者数にも大小が生ずる。よって、「専従」1名を置くだけの収益が得られず、特に、小規模病院ほど人件費負担が重くなっている。実際に同等の活動を行っていても評価されない施設が多数である。増点により活動が活性化し、より効果的な活動が可能になる。 ②平成24年度に改定された「医療資源の少ない地域」における専従要件の緩和の配慮は継続を要望。					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	73	栄養	改正	B001-9 B001-10 B001-11 C009	外来栄養食事指導料 入院栄養食事指導料 集団栄養食事指導料 在宅患者訪問栄養食事指導料	疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食	①要件緩和 従来の疾病治療の直接手段として行われる栄養食事指導の要件緩和 ②疾病拡大 栄養状態の改善のための食事療法が疾病の悪化防止に寄与すると認められる疾病についての評価を追加	在宅における栄養食事療法の実践を支援するうえで有効であり、特に、今後の医療費を抑制するために、重症化を防止し、再入院のリスクを低減させることは極めて重要である。早期により効果的に専門知識を有する管理栄養士が指導に係ることにより病態改善効果が期待できる。 ①要件緩和 ・糖尿病における境界型糖尿病 ・肥満(BMI25以上) ・食物アレルギーにおける対象患者年齢要件の緩和 ②疾病拡大 ・低栄養 易感染のリスクを低減させることは年齢にかかわらず医療費低減に有益。咀嚼・嚥下障害疾患については、介護保険制度では対象となっている。在宅医療を推進するうえでも重要。がん患者については、がん治療に伴う食欲低下・口内炎・嚥下障害・消化器機能障害等に対する継続的な栄養食事指導は栄養状態の維持・改善につながり、的確な治療実施にも貢献できる。 ・慢性呼吸不全 ・胆石・胆嚢炎 ・尿路結石 ・イレウス					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	74	栄養	改正	B001-10	入院栄養食事指導料	①入院中2回まで。ただし、週1回を限度とする。 (1回あたり15分以上) ②130点	①回数制限の緩和入院中の回数増(4回までを要望)。また、1週あたりの回数を2回までに緩和 ②増点を要望200点	①患者の食生活及び食事摂取状況や各種検査データ確認し、患者とともに今後の目標を設定し行動変容を促し、悪化予防、再入院を防止することが目的であるが、15分で2回の指導では十分な対応が出来かねる。また、在院日数の短縮化が進む中、週1回の制約の中では、十分な理解を得られぬまま退院に至るケースもある。 ②実際の患者対応の時間の他、有効な指導を実施するための情報収集や、医師等報告書の作成にも時間を要している。現状では正味指導時間の対価としても不十分な点数であり、評価の見直しを要望する。	食品模型 指導用リーフ フット 食事記録票 等			管理栄養士1	30分 (記録作成含む)

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	75	栄養	改正	B001-27	糖尿病透析予防指導管理料	<p>施設基準 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士について</p> <p>糖尿病及び糖尿病性腎症の栄養指導に従事した経験を5年以上有する者であること。</p>	<p>施設基準の変更</p> <p>左記要件に加え、または、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を2年以上有し、かつ、この間に通算1,000時間以上糖尿病患者の療養指導を行った者であって、適切な研修を修了した者</p> <p>なお、ここでいう適切な研修とは、次の要件を満たすものをいうこと。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。 2. 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。 3. 通算して10時間以上のものであること。 	<p>糖尿病療養指導士の取得など、経験5年未満であっても、本指導に十分対応できる知識、技能を備えた管理栄養士がいるため、専任の看護師の施設基準と同等に年数のみならず、その技能を評価するものとしてほしい。</p>					

出来高 改正要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	76	栄養	改正	入院時食事療養	特別食加算	疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づいて提供される患者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食、無菌食及び特別な場合の検査食をいうもの	従来の疾病治療の直接手段として行われる栄養食事指導の要件に加え、栄養状態の改善のための食事療法が疾病の悪化防止に寄与すると認められる疾病についての評価を追加リスクマネジメント、費用からの評価も要望	栄養状態の改善により感染リスクの低減、入院期間の短縮、再入院防止に寄与する 1. 嚥下食について ・経口摂取による栄養状態の改善は医療費抑制に有効 ・誤嚥予防のため、きめ細かい個別対応と専門知識を要し、調理技術、増粘剤の調達に費用がかかる。 2. アレルギー食について ・代替食の提供による栄養管理は、特に小児の健全な成長発達に寄与できる。 ・対象患者には、入院時の聞き取りや原材料の点検及び個別対応献立の作成等に変時間時間を要する。 ・調理に人手を要し、特殊な食材調達など費用かかる。	増粘剤等治療用特殊食品 アレルギー用特殊食品				管理栄養士1 調理師1
	77	栄養	改正	入院時食事療養	入院時食事療養Ⅰの増額	1食につき640円	1食につき710円 新設 災害時備蓄食品準備加算 1日につき10円 (加算要件) 食事基準の70%程度等エネルギーやたんぱく質量の基準(飲料水の備蓄も含める)や、備蓄日数の指定を行うこととして備蓄内容の質を確保する	食の安全を確保する。食品価格およびエネルギー価格の高騰により食事の質の低下を来すことが懸念される。食材料費や人件費の確保、栄養管理の充実のため、また栄養補助食品(経腸栄養剤・嚥下のための増粘多糖類等)の多用により食材の高騰に拍車をかけているため。 また、災害拠点病院においては不測の事態に対応し災害時に対応した食糧品を備蓄しているが、それにかかる費用が高んでいる。	災害時備蓄食品準備加算について 乾パン、粥 缶詰、飲料水				

出来高 新設要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	1	医師	新設	A000 A001 A002	初診料・再診料の離島加算		18点	離島医療機関は、本土の医療機関以上の給与面等の待遇をしなければ医療スタッフの確保ができない状況であるため、診療報酬上の配慮をすべきであり、初診、再診にも認めてもらいたい。					
	2	医師	新設	入院加算	へき地等加算		18点	厚生労働大臣が定める地域の加算として、「離島加算」、「地域加算」等はあるが、過疎地域自立促進特別措置法に定める「過疎地域」に対する加算がないため、上記の加算同様に認めるべきである。					
○	3	医師	新設	入院基本料等加算	地域包括医療ケア体制充実加算の新設		地域包括医療ケア体制充実加算 (入院初日 500点)	<p>地方の保健・医療・福祉(介護)を一体的に提供する「地域包括医療ケア」を実践する体制を評価する。</p> <p>「過疎地域自立促進特別措置法」に定める「過疎地域」を含む2次医療圏に所在する在宅療養支援病院、若しくは、以下の要件のいずれにも該当する300床以下の病院であること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 当該医療機関内に地域包括医療・ケアを担当する常勤の専任医師が配置されている。 2. 臨床研修病院又は臨床研修協力施設である。 3. 患者相談窓口を設置し、患者に対する支援に必要な体制が整備されている。(患者又はその家族からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等、様々な相談に対応する。) 4. 地域の医療機関との病診・病病連携が行われている。(地域連携室を設置し、職員が配置されている。) 5. チーム医療を行っている。(褥瘡対策、在宅栄養、在宅リハビリ等) 6. 在宅医療を担当する常勤医師が、継続的に訪問診療を行うことができる体制を確保している。積極的に在宅医療を行っている。(往診、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、訪問栄養指導、訪問薬剤管理指導、在宅ターミナルケア) 7. 保険医療サービス及び福祉サービスとの連携を調整する担当者が配置されている。(介護支援専門員(ケアマネジャー)、社会福祉士等の保健医療サービスおよび福祉サービスとの連携調整を担当するものを配置している。また、他の保健医療サービスおよび福祉サービスとの連携調整に努めるとともに、当該保険医療機関は、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供にも併せて努める。さらに、地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましい。) 8. 地域の保健事業に参画している。(機能訓練、栄養指導、認知症予防、家族介護教室、産業保健、学校保健等) 					

出来高 新設要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	4	医師	新設	入院基本料等加算	療養病棟入院基本料のエイズ治療連携拠点病院との連携加算の新設		1 HIV感染者の療養先を確保できるような思い切った点数の評価を療養病棟入院基本料に付帯(緩和ケア病棟と同等程度) 2 エイズ治療連携拠点病院との病病・病診連携に関する連携受入加算を新設	医療機能の役割分担を推進するために、診療報酬制度による誘導が必要。					
	5	医師	新設	入院基本料等加算	児童虐待・高齢者虐待・障害者虐待・DVなどの被害児(者)の緊急入院の受入時の入院料加算の新設		受入れ加算 1,000点 二次受入れ(施設等)加算 500点	人権擁護と心身の安全と命を守るための緊急入院受入加算の新設を要望。医療機関は、被虐待児(者)を保護し医療を施すための協力を求められており、速やかな医療措置を多職種のチームで講じる必要がある。公的機関と連携して行った場合について評価が必要である。		1人	1人	1人	120分以上
	6	医師	新設	医学管理	小児食物アレルギー指導料の新設		250点	学校、集団保育へのきめ細かい対応・説明が必要であり、時間がかかる。		1人			15分以下
○	7	医師	新設	医学管理	小児発達障害指導料の新設		250点	対象疾患が、注意欠陥多動症候群、アスペルガー障害、レット症候群、自閉症、広汎性発達障害等の患者に対して、きめ細かい説明や対応が必要であり、指導に時間がかかる。		1人			15分以下
	8	医師	新設	医学管理	慢性頭痛指導管理料		130点/月1回	現在、頭痛の患者に対し、初診30分以上、再診5～10分以上かけて指導を行っている。「頭痛専門外来」をもつ病院について評価すること。		1名			

出来高 新設要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	9	医師	新設	医学管理	皮下植込型中心静脈カテーテル管理料		皮下植込型中心静脈カテーテル管理料 1回あたり100点	がん化学療法の進歩により、化学療法を施行される期間も延長されている。化学療法の中心は静注化学療法であり、毎週投与もしくは長時間投与のレジメンが増加することにより、末梢静脈で行うことが困難となるケースがしばしばみられる。皮下植込型中心静脈カテーテルの使用を推進することにより、患者の苦痛軽減、確実な投与ルートの確保、治療の自由度増加などが期待できる。当該カテーテルの管理には一定の手間がかかるため、適切な管理を推奨し、正当な対価が支払われることにより、当該カテーテルの普及が進むことが期待できる。(点数の根拠)植込型カテーテルによる中心静脈栄養 125点、抗悪性腫瘍剤局所持続注入 165点、などを参照とした。	皮下植込型中心静脈カテーテル	1人	1人		
	10	医師	新設	処置	気管食道シャントチューブ交換の処置手技の新設			現在、気管食道シャント(音声回復用人工補装具:プロヴォックス)の交換を行っているが、気管カニューレより交換手技が難しく、手間もかかるのにもかかわらず、算定できる処置手技がなく、材料のみの請求になっている。		1人			15分以下
	11	医師	新設	歯科	金属アレルギー患者の歯科治療セラミック保険適応		セラミック使用の保険適用(金属アレルギー患者限定)	金属アレルギー患者の歯科治療では、セラミックへの変更を余儀なくされる場合があるが、金属アレルギー患者に限り、セラミック使用の保険適応を認めて欲しい。					

出来高 新設要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	12	精神科	新設	入院基本料等加算	重度慢性精神疾患入院施設管理加算		10:1以上の看護師を配置している精神病棟の入院料への加算 (a) 直結して医療観察法の入院処遇または通院処遇があった (b) GAFスコア30以下6か月以上継続している のいずれかに相当する者が常時概ね5割以上入院している病棟において350点(1日につき)	「重度かつ慢性」の患者を受け入れる病棟の場合、特に当直看護体制が通常より手厚い体制が必要である。しかし、現状では夜勤体制を手厚くしても増収は見込めず(15対1精神病棟入院基本料:811点/日)、かつ夜勤時間制限(72時間以内)により人件費が増加してしまい、経営を圧迫することになる。15対1の看護基準を最低限度で達成できる看護配置および最低限度の夜勤体制(常時2名)で運用するため、手厚い看護体制が必要な患者に対して十分なケアがなされず、入院が長期化する傾向にある。			10:1以上の配置		
○	13	精神科	新設	入院基本料等加算	重度薬物依存症入院医療管理加算		精神病棟入院基本料(15:1以上)並びに精神科特定入院料への加算 ①30日以内200点 ②31日以上60日以内 100点(1日につき)	アルコール、ニコチン以外の薬物依存症の治療は精神科の専門施設を中心に行なわれている。アルコール依存症に比較して1人1日当りで人手がかかるという認識に異論はないが、診療報酬上の手当ては存在しない。			15:1以上の配置		

出来高 新設要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	14	精神科	新設	精神科専門療法	精神科多職種チーム訪問管理料		精神科の医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等、薬剤師、栄養士、臨床心理技術者等の多職種が3名以上のチームを組んで訪問する場合 1回5,000点(月2回まで)	地域及び在宅での精神科医療を推進することは喫緊の課題である。そのためには受診する意思のない患者や、病状の悪化した患者に対してのアウトリーチ・サービスが不可欠である。					
	15	リハビリ	新設		NICUならびにGCUにおけるリハビリテーション実施にともなう点数	NICUやGCUに入院しリハビリテーション病名がつかない障害ハイリスク患者に療法士が介入しているが点数がつかない	NICU・GCUに入院しリハビリテーション病名がつかない時点でも主治医の判断で障害ハイリスク患者に療法士が予防的に介入した場合点数をつけてほしい	NICU・GCUに入院する児の患者の大半は将来の発達予後が不良な児が多く、リハビリテーション病名がつかない時点からの介入は障害の軽減・2次障害の予防に有用であることが知られている				1	20

出来高 新設要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	16	看護	新設	入院基本料等加算	認知症患者受入体制加算(仮)		<p>認知レベルⅡa以上の患者を受け入れ、治療を継続できる対応として、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・老人看護専門看護師が配置されている。 ・認知症認定看護師が配置されている。 ・特別な研修を受けている看護師が配置されている。 ・院内デイケアなどのように、患者対応の職員体制ができている。 ・認知を伴う患者に対し、計画を立て、計画に基づいて実施や評価ができている。 <p>等、体制が整備されている。 等を評価する内容とする</p>	<p>入院患者において、認知症を伴う場合でも、受け入れ体制ができている病院に対する評価をしていただきたい。</p> <p>認知症を伴って入院してくる患者は、治療を受けることを認知できないまま来院することが多く、自分の置かれている状況を理解できず、治療拒否や、時には、暴言や暴力も見られたりする。そういった患者に、医療を提供することは非常に難しく、エネルギーも人員も必要であり、医療者側の負担は非常に大きい。</p>					
	17	看護	新設		「精神科認定看護師指導料」の新設		<p>認定看護師が関与した家族教室、認知行動療法、行動制限の短縮の効果について指導料を新設願いたい。 1回50点程度</p>	<p>認定看護師が家族教室、認知行動療法、行動制限等に関与し、専門知識を生かした高度な指導を行うことにより、精神障害の緩和、早期の社会復帰の推進、行動制限の期間短縮等、患者への高度専門療法として診療報酬を新たに設定していただきたい。</p>		1人	1人	30分	

出来高 新設要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	18	看護	新設		高齢者・せん妄・認知症対策チーム加算			2025年問題を鑑み、病院・病床機能の細分化および強化は必要な施策である。現在も急性期病院に高齢者・せん妄・認知症を患った患者が多くなり、看護の需要がますます必要になってきている。「精神科リエゾンチーム加算」から高齢者のせん妄・認知症対策を分化し、早期介入・地域連携に向けた対策チーム加算を要望する。		精神科医、神経内科医	経験を有する専任の看護師	専任の薬剤師・作業療法士等	
○	19	薬剤	新設	B008 薬剤管理指導料	ハイリスク薬服用外来患者に対する薬剤管理指導料		外来薬剤管理指導料 1回/月 300点の新設	薬剤管理指導料は入院中のみしか設定されていないが、ハイリスク薬を服用している患者に対しては、入院外来を問わず、薬物療法の安全管理が重要である。現在、外来においても化学療法、緩和ケア、喘息、糖尿病、HIV患者などへの服薬指導や薬学的管理を実施しているが外来患者に薬剤師が指導した場合の評価がないため、新たな評価として要望。					
	20	薬剤	新設	A100	一般病棟入院基本料へのチーム医療による評価	看護配置、看護師比率など	チーム医療による評価	入院基本料は看護配置、看護師比率など看護師の人数による評価となっているが、現状はチーム医療が主体となっており、薬剤師、管理栄養士、リハビリテーション職等の多職種連携によるチーム医療の体制評価を要望する。					
○	21	放射線	新設	画像診断	ポータブル撮影の評価加算		120点	国民の高齢化に伴いポータブル撮影の頻度が増えている。時間と人員も必要なためポータブル撮影に関して加算を設定すること。病室、手術室などでのポータブル撮影は必要性が高く、人的労力も割かれる。入院患者の中には寝たきりなど動きが制限される患者も多いので、ポータブル撮影の頻度が増えている。時間と人員も必要なためポータブル撮影に関して加算を設定すること。また、災害時の在宅診療にも有効である。					

出来高 新設要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
	22	放射線	新設	注射	放射性医薬品塩化ストロンチウム注射液静注による骨転移疼痛緩和療法	包括	包括から除外いただきたい	疼痛の強い末期がん患者を対象とするが、包括であるため、高額な薬品費が病院持ち出しとなっている	メタストロン（日本化薬）約30万円	1			5分
	23	放射線	新設	D000	内部被ばく検査（WBC）の新設			原発事故により、1ミリSv以上の環境放射能がある場所に住んでいる方に内部被ばく検診を保険適用にするため。	ホールボディカウンター			1人	15分以下
	24	栄養	新設	入院基本料等加算	病棟栄養管理業務実施加算		・管理栄養士が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び栄養食事療法の有効性、安全性の向上に資する栄養関連業務を実施している場合の評価の新設 ・病棟単位での評価とし、当該病棟に入院中の患者について週1回の算定	管理栄養士の専門知識を持って適切な食事提供による栄養状態の維持・悪化防止に努めることにより、合併症併発の予防、感染対策、在院日数の短縮など極めて有効であり、医療費の減少が期待される。入院当初から栄養状態のモニタリングを強化することにより、栄養状態の底上げが期待できる。また、不適切な食事内容による医療事故予防にも有効である。さらに、食事オーダーの変更を管理栄養士が病棟にて行うことで勤務医の負担減にもつながり、効果的なチーム医療を行うことができる。					

DPC要望

重点	No	要望項目	MDCコード等	要望内容
○	1	採算割れ	02 眼科	白内障手術入院においては、必要な検査のみを適切に行っても、出来高よりも低い点数となっている。点数の見直しを求める。
○	2	採算割れ	04 呼吸器	040080 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎、040100 喘息 の診断群分類は小児患者の場合、出来高請求と比べて採算割れとなるケースが多い。よって、包括評価の引き上げを要望する。 040080x1xxx0xx 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 15歳未満 処置2なし については、DPC包括入院期間の延長を要望する。 肺炎 15歳未満 の点数が異常に低い。年齢制限の撤廃、もしくは点数の1.3倍程度の引き上げが必要。また、肺炎と気管支炎は別物なので、DPC上の分類で分けるべき。
	3	診断群分類の見直し	04 呼吸器	040080 成人のMRSA肺炎においてザイボックス錠(注射)を使用した場合、出来高と比較すると大きく採算割れとなるため、ザイボックスに対し分岐の設定を要望する。
	4	採算割れ	04 呼吸器	040080、040081に65歳以上の年齢要件で高点数としていただきたい。基礎疾患の多い高齢者の肺炎については重症化することも多く、栄養状態の悪化によるIVH管理等も行われることが多い。このように多くの医療資源が必要となっているため。 また、手術・処置2に中心静脈注射、副傷病にCOPD、心不全等を追加いただきたい。耐性菌による肺炎について高額な抗生剤が必要となるMRSA肺炎等を手術・処置2又は副傷病で評価していただきたい。
	5	診断群分類の見直し	04 呼吸器	040200 気胸のPtへのトロッカー挿入について、入れるか入れないかで治療方針や費用が変わるので、分岐にして貰いたい。
	6	採算割れ	04 呼吸器	肺癌化学療法で主流となっているアリムタ使用例が入院すると不採算となる。 薬剤料(30~50万円)も評価されていない。
	7	診断群分類の見直し	04 呼吸器	原発性肺高血圧症、二次性肺高血圧症に高額薬剤(トラクリアヴオリブリス)の分岐を作ってもらいたい。

DPC要望

重点	No	要望項目	MDCコード等	要望内容
	8	採算割れ	05 循環器	050050xx99100x 狭心症、虚血性心疾患 カテーテル等の診療材料が包括ではなく、出来高算定できるように要望します。 症例によっては、使うカテーテルにより大幅にマイナスになってしまいます。 例)血管造影用ガイドワイヤー(交換用)＜ラジフォーカスガイドワイヤーM＞ 3880円、血管造影用カテーテル(一般用)＜オプチフラッシュ×4FRJL3. 5、JR4. 0＞ 5760円、サーモダイリユーシオン用カテーテル(一般型・標準型)＜サーモダイリユーシオンカテーテル TS105F5＞15400円、血管造影用ガイドワイヤー(一般用)＜ラジフォーカスガイドワイヤー0. 035 150CM、0. 018 150CM＞5340円、血管造影用シースイントロデューサーセット(一般用)ラジフォーカスイントロデューサー5F10CM＞3010円、血管造影用カテーテル(一般用)＜オプチフラッシュ4FRQ-4APRB1＞ 2880円
	9	採算割れ	05 循環器	050050xx99100x狭心症、慢性虚血性心疾患患者のヘパリン化に伴う、包括入院日数の増加に関し、もう少し包括入院日数を増やしてほしいと思います。仮にワーファリン内服患者のケースだとヘパリン化させるだけで包括入院Ⅲになってしまい、採算割れは免れません。また、CPK上昇ならAMIに伴う緊急カテPCIへの移行は速やかだが、上記疾患では確認カテ後に患者を一時退院させて治療は後日再入院では、患者の負担が大きく医療の質が保証できない気がします。
	10	採算割れ	05 循環器	050130 心不全において、カリペリチドやドパミンの大量投与や肺炎等を併発するため「重症度」や「副傷病」として点数の分岐として評価をして欲しい。
	11	診断群分類の見直し	05 循環器	050070 頻脈性不整脈、050210 除脈性不整脈において、ペースメーカー移植術等に手術と心臓電気生理学的検査を共に実施している場合、カテーテル等の高額な材料の持ち出し等があり、出来高と比較して著しく低い点数になる。手術ありのツリーにも電気生理学的検査ありの分岐の追加をお願いしたい。
	12	採算割れ	06 消化器	大腸穿孔などを原因とする重症感染症に対するDPC点数の改善。
	13	診断群分類の見直し	06 消化器	イレウスに高額薬剤(サンドスタチン皮下注)の分岐を作ってもらいたい。
	14	診断群分類の見直し	07 筋骨格	070040: 骨の悪性腫瘍(脊椎を除く) C795: 脊椎転移(続発性悪性腫瘍)へコードすると、上記に分類される。 DPC診断群分類では、「070030: 脊椎・脊髄腫瘍」へ持っていきたいのではないかと考える。 C412: 脊椎の悪性新生物とあるのですが、転移のコードにすると、「070040: 骨の悪性腫瘍(脊椎を除く)」になってしまう。 手術手技についても「K136: 脊椎、骨盤悪性腫瘍手術」とある。私見としては、「070040: 骨の悪性腫瘍(脊椎を除く)」へ分類することが、ICD-10からは正しいと思うが、DPC診断群分類上「(脊椎を除く)」と記載されているため混乱する。ご検討願います。
	15	係数関係	07 筋骨格	リウマチ患者に入院で行うレミケードを使用した治療に対しての点数の改善。

DPC要望

重点	No	要望項目	MDCコード等	要望内容
	16	採算割れ	07 筋骨格	骨の悪性腫瘍について、DPC包括点数と出来高点数の比較で減収になる。JCOG(日本臨床腫瘍研究グループ)のプロトコールに則った治療法であり、適正に評価すること。
	17	診断群分類の見直し	07 筋骨格	160610 四肢筋腱損傷 の手術区分「K037等」の中に「K037-2アキレス腱断裂手術」がなく、「その他手術」になってしまふ。術式等から考慮して、区分の見直しをしてほしい。
	18	採算割れ	08 皮膚	080020xxxxxxxx 帯状疱疹 合併症を伴わない 抗ウイルス化学療法剤(ゾビラックス)を点滴投与、薬剤料が高額のため採算割れとなることから増点をお願いします。
	19	採算割れ	08 皮膚	「食物アレルギー 処置1:小児食物アレルギー負荷検査(080270xxxx1xxx)」については、日当点の改善を要望する。
○	20	採算割れ	11 腎尿路	110080xx991xxx 前立腺癌 前立腺針生検施行 在院日数の縮小や注射薬を後発品に変更しても採算割れとなる。特に500床以上の大規模病院はこの傾向が強くなるので、配点の見直しを要望する。
	21	採算割れ	11 腎尿路	腎細胞癌に対するステント(スニチニブリンゴ酸)投与の評価 病院負担が大きい。
	22	採算割れ	12 女性	120180 胎児及び胎児付属物の異常の設定点数の増加 胎児の先天性疾患がある場合の妊娠管理入院の際は、入院期間が長いケースがあり、検査を多くすることから、例えばDPC点数上の手術なし・副傷病名なしの場合の1日～2日は2,381点、3～5日は1,862点、6～12日1,583点という設定では不採算である。この場合、1日あたり500点程度の増点をしていただきたい。
○	23	採算割れ	12 女性	120170 切迫早産 DPCの見直し、出来高への移行 切迫早産となった入院患者は、妊娠週数や患者状態から、他の疾患に比べ入院期間の差異が大きく、また投与する注射薬「切迫流・早産用剤」や「子宮収縮抑制剤」の薬価点数が高額なため、多く注射薬を使用した症例では、採算割れが生じている。そのため、包括点数の引き上げまたは、短期で出来高に移行するか、また初日から出来高へ変更していただきたい。なお、本症例のうち、6割以上の症例で出来高よりマイナスとなっている。
	24	採算割れ	12 女性	「妊娠高血圧症候群関連疾患 手術あり(120160xx97xxxx)」については、日当点の改善を要望する。

DPC要望

重点	No	要望項目	MDCコード等	要望内容
	25	採算割れ	13 血液	130100播種性血管内凝固症候群(D65)と敗血症(A41\$)が併発している場合に副傷病名を追加して出来高算定にすること。理由:高額な薬剤や特材を使用し、医療費が高額になるため。
	26	採算割れ	13 血液	130010ほか 血液疾患 血液疾患の補助的治療の評価(抗真菌剤等使用時の評価) 血液疾患においては、深在性真菌症予防や好中球減少症状態など患者状態次第で高額な補助的薬剤の投与を余儀なくされるケースが多い。そのため、出来高比較で100万円を超えるマイナスとなる症例もあり、手術・処置2でこれら薬剤を使用した場合の評価を新設していただきたい。
	27	採算割れ	14 新生児	「妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 生時体重1500g以上2500g未満 手術あり 処置2:サーファクテン等(3)(140010x297x3xx)」については、日当点の改善を要望する。
	28	採算割れ	14 新生児	「新生児乳児の先天性心奇形 1歳以上 その他手術 処置2なし(140360x097x0xx)」、「その他の先天異常 手術あり(140620xx97xxxx)」について、出来高算定との差額は大幅なマイナスとなる。 とりわけ左心低形成症候群(Q234)は、出来高算定との差額が250万円を超える症例もある。 これらについては、日当点の改善及びDPC包括入院期間の延長を要望する。
○	29	採算割れ	15 小児	川崎病における免疫グロブリン投与時を出来高算定にして欲しい。重症例などでは病院の持ち出し額も大きいため。
	30	採算割れ	15 小児	NICU入院中の早産児に対するシナジス投与時を出来高算定にして欲しい。
	31	ツリー全体の見直し	持続緩除式血液濾過(CHDF)	持続緩除式血液濾過(CHDF)を施行するケースを手術・処置等2に分岐する診断群分類の症例に増やしてほしい。 急性心筋梗塞や心不全のDPCの患者が急性腎不全や慢性腎不全の急性増悪などで連日CHDFを回さなくてはいけなくなった症例では使用材料や薬剤が高額なため採算割れが続いています。
	32	一部の高額薬剤の取扱い		化学療法等で使用する一部の高額な薬剤については、ほんの一部(主に14桁コード限定)のみ出来高算定が可能となっているが、多くが採算割れになっている。採算割れが顕著な高額薬剤については出来高算定(6桁コード該当)とするか、樹形図の分岐をさらに増やす等により採算割れとならないようにすること。

DPC要望

重点	No	要望項目	MDCコード等	要望内容
○	33	一部の技術の出来高扱いへの変更	病理組織標本作製	入院患者の病理組織検査は悪性腫瘍等手術摘出臓器が多く、外来等の生検検体に比べ標本作製には医師をはじめ多くの人的経費を含めた支出が必要である。また、免疫染色(免疫抗体法)病理組織検査は、高額な試薬を用い、いずれも患者の治療選択あるいは病理診断鑑別診断に直結したものであり、多臓器数検索のことも多く、多数の標本作製する必要がある。現在は、十分な検索を行う場合は病院の持ち出しとなっている。従って、入院悪性腫瘍手術検体は病理組織標本作製ならびに免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製をDPC包括算定から除外し、出来高算定とすること。
	34	一部の技術の出来高扱いへの変更	人工腎臓(3 その他の場合)	DPCにおける人工腎臓の点数(人工腎臓3その他の場合で算定)が不条理である。人手と薬剤など余分にコストがかかる。人工腎臓3の場合、人工腎臓本体の点数が低いばかりか、ダイアライザーも算定できない。せめて、人工腎臓1の点数で請求できるようにしてもらいたい。
○	35	地域連携と他院受診の取扱い		DPC算定患者で入院中に他院を外来受診した場合、その診療費や薬代を入院中の病院と外来受診先病院との合議で決めることになっているが、実際は入院中の病院が外来受診先病院に診療費等を支払っているのが現状である。高額医療機器が必要な場合や、かかりつけ医(精神疾患の患者等)等の外来受診を受ける場合など、患者にとって必要な診療科がない場合で、かつ自院の主治医の許可を得るなどの条件を満たした場合は、他院分を出来高にて他院側で算定するよう、明確なルール化を行うこと。
	36	緊急入院の取扱い		急性期入院医療を提供するDPC対象病院が『緊急入院』として即日入院を受け入れるケースが総入院患者数の多くを占めている。『緊急入院』は、診断を確定するまで多くの検査・画像診断を行うが、『予定入院』との区別なく同様に包括して取り扱われるため、『予定入院』に比して採算が非常に悪い結果となっている。この部分については平成22年4月より機能評価係数Ⅱとして評価されているところではあるが、引き続きDPC対象病院が『緊急入院』を積極的に受け入れることができるよう、『緊急入院』については入院後48時間以内(もしくは入院2日目まで)は出来高とすること。
○	37	係数関係	地域性と高齢者の受入れ	現状は12症例以上のDPC分類のみが係数の計算対象となっている。地域医療を支えている病院では、どのような症例(DPC分類)であっても、受け入れているが、12症例存在していないことで、計算の対象になっていない症例も多い。症例数については、地域特性を考慮していただきたい。

DPC要望

重点	No	要望項目	MDCコード等	要望内容
	38	係数関係	医療機関群	<p>医療機関群の要件の一つとなる高度な医療技術の評価方法について、24年度改定では、地域で幅広く患者を受け入れている中核的な病院が大学病院本院に準じた高度な医療技術を実施しているにもかかわらず、評価されない事態が生じている。このため、26年度改定で外保連手術指数を評価とされる場合にあっては、次の事項についての配慮を希望する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 高度の医療技術の提供そのものが評価すべき事項であり、それに加え、地域で求められる一般的な医療を提供していることも考慮すべき。 2. 研修医の教育に関する役割を求められているⅡ群病院の要件からも外保連指数の低い手術の実施を抑制すべきではない。 3. 評価対象期間内に「手術実施件数」の基準値を上回る手術を実施している医療機関については、外保連手術指数が高いものから基準値となる手術数を対象とし、外保連手術指数を集計すべき。 4. 一患者一入院毎に様式11に記載された手術のうち、最も外保連手術指数が高い手術を対象とし評価すべき。 5. 外保連手術指数で評価されている手術には、骨髄移植などの内科系疾患に対する技術も含まれている。内科系疾患に対する高度な医療技術が適正に評価されるよう改善すべき。
	39	係数関係	電子カルテ	<p>当該職員については、電子カルテシステムの迅速かつ正確な運用を推進する上で不可欠であるが、費用面で継続的な雇用が厳しい状況にある。ついては、安定的な雇用を図るため、診療報酬による一定の加算を要望する。</p>
	40	その他	退院時処方 の 取扱い	<p>DPC算定患者が退院後に転医する場合の退院処方認めてもらいたい。 他医にて投薬がない場合に入院中に当院に受診し、処方を出すために患者に負担がかかるため。</p>