

正会員・準会員
施設長 各位

公益社団法人全国自治体病院協議会
会長 邊見公雄
(公印省略)

診療報酬対策委員会
委員長 木村泰三

「平成28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

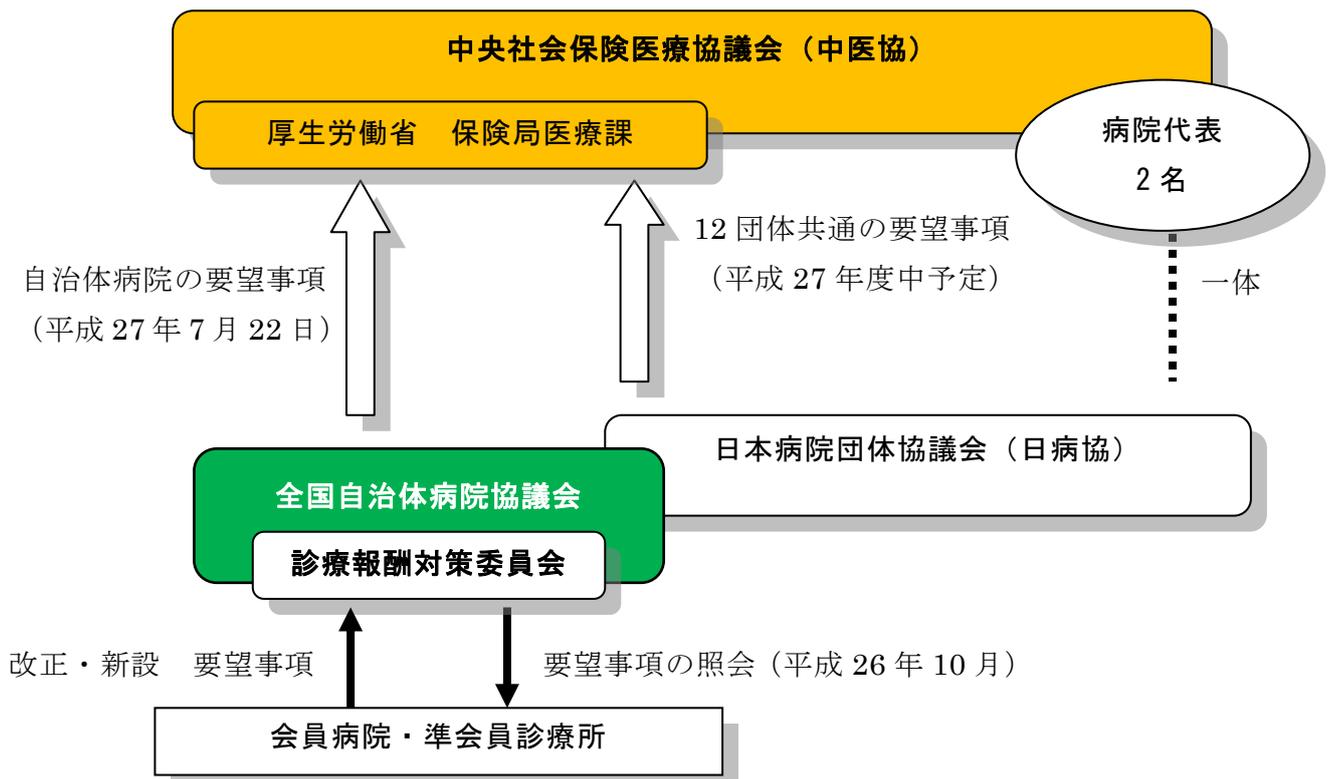
平素は当協議会事業にご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

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22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 28 年度 社会保険診療報酬に関する

改正・新設要望書

平成 27 年 5 月 22 日



公益社団法人 全国自治体病院協議会

目次

はじめに	.....	P.1
提言	.....	P.2
診療報酬対策委員会及び DPC 小委員会 委員名簿	.....	P.3
出来高 重点要望	.....	P.4
D P C 重点要望	.....	P.17
出来高 改正要望	.....	P.21
出来高 新設要望	.....	P.57
D P C 要望	.....	P.67

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、精神科も含めた医師、ならびに看護、薬剤、リハビリ、事務、臨床検査、放射線、栄養、臨床工学の各部門から重複を含む 992 項目の要望（うち出来高：861 項目、DPC：131 項目）を提出いただきました。

当協議会は、地域医療の最後の砦である病院の団体として、特有の要望にも力点を置きながら、「医療技術の適正な評価と医療機関の機能的コストなどを適切に反映した診療報酬体系とすること」を基本的な考え方として検討を重ねて参りました。その結果、出来高：118 項目、DPC：22 項目に絞り込みを行ったものが本要望書であり、次期診療報酬改定において改正・新設が不可欠な事項です。

また、医療機関の仕入れに係る消費税負担については、基本診療料を中心とした上乘せであり、実際に支払う消費税額に応じたものではないため、医療機関間の公平性を欠いていますので、是正が必要です。

以上より、平成 28 年度診療報酬改定について次のことを提言し、後述する重点要望・要望事項について、厚生労働省、中央社会保険医療協議会の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長 木村泰三

DPC 小委員会委員長 砂川晶生

提言

出来高	<ul style="list-style-type: none">● エビデンス（根拠）に基づく積算の上、コスト（人件費、材料費等）に見合う点数を設定すること。● 医療機関における消費税負担は、診療報酬以外で対応すること。● 極めて少数の施設（全国で数施設）しか取得できない施設基準を設定しないこと。● 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に対しては、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を大幅に引上げること。
D P C	<ul style="list-style-type: none">● 基礎係数における診療機能の評価においては、外科系のみならず、内科系の技術の評価も加えること。● 機能評価係数Ⅱの地域医療係数は、その重要性に鑑み、他より配分を重くすること。● 敗血症、DIC は他の診断群の副傷病としての評価を充実させること。● 心不全のみを治療した場合のコーディングルールを変更すること。● 年齢により医療資源投入量が大きく異なる診断群に関しては、年齢分岐を設けること。

診療報酬対策委員会及びDPC小委員会 委員名簿 (平成27年5月22日現在)

氏名	施設名 施設役職	協議会役職・所属	診療報酬 対策委員会	DPC 小委員会
木村 泰三	富士宮市立病院 名誉院長	参与	長	○
原 義人	青梅市立総合病院 院長	常務理事	長代行	○
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	市立ひらかた病院 院長	常務理事	○	
野田 八嗣	富山県立中央病院 院長	常務理事	○	
今井 康陽	市立池田病院 院長		○	
市川 邦男	公立七日市病院 名誉院長	中小病院委員会	○	
小野 剛	市立大森病院 院長	中小病院委員会	○	
川副 泰成	神奈川県立精神医療センター 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	○	
竹下 礼子	東京都立大塚病院 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	東京都立多摩総合医療センター 栄養科長	栄養部会	○	
菊池 雄一	岩手県立胆沢病院 CEセンター 主任臨床工学技士	臨床工学部会	○	
砂川 晶生	大和高田市立病院 院長			長
平林 高之	砂川市立病院 院長			長代行
浜野 公明	千葉県がんセンター 診療部長			○
佐々木美幸	箕面市立病院 診療情報管理室長			○
長谷川篤美	小牧市民病院 診療情報管理士			○
豊田 清一	宮崎県立宮崎病院 名誉院長	担当副会長	○	

「長」は委員長、「長代行」は委員長代行、○は構成委員及び出席者

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 282点 2科目 141点 3科目 0点 再診料(外来診療料) 1科目 72点(73点) 2科目 36点(36点)	初診料 1科目 282点 2科目 188点 3科目 94点 再診料(外来診療料) 1科目 72点(73点) 2科目 72点(73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、初診については、2科目目を2/3、3科目目を1/3の評価とし、再診については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	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。					
○	3	医師	改正	A200-1	総合入院体制加算1の施設基準緩和(化学療法)	化学療法 1レジメンを1件として 4,000件以上/年	現行のレジメン数のカウントであれば件数要件を緩和し、4,000件を基準とするなら治療回数のカウントに変更	現行要件ではほとんどが算定できない。高度急性期医療を担う医療機関が算定可能な基準に緩和すべきである。					
○	4	医師	改正	A205	救急医療管理加算1の増点	800点	900点	救急医療の初期対応には多くのコストを要するため、救急入院患者への診療応需体制を確保する目的で加算の増点を要望する。					

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	A307	小児の入院管理料の算定年齢の変更	算定対象は「15歳未満」となっている	①小児の期間を、「15歳に達する年度の末」まで ②小児慢性特定疾患の入院の場合は、「18歳に達する年度の末」まで	中学3年生の途中で、算定が変わるのは不合理で不公正。義務教育期間の末までとしてほしい。小児慢性特定疾患の場合は、15歳以降も小児病棟に入院することが多い。					
○	6	医師	改正	A308-3	地域包括ケア病棟入院料と入院医療管理料の算定要件見直し	地域包括ケア病棟入院料と入院医療管理料で加算やDPC算定要件の整合性がない	入院医療管理料においても算定要件を入院料と同等にすること	地域包括ケア入院料(病棟単位)と入院医療管理料(病室単位)の算定要件で差があり不合理である。 ①救急・在宅等支援病床初期加算は同一病棟内にある一般病床から地域包括ケア入院医療管理料の対象になる病床に転床した場合は算定できない。 ②地域包括ケア入院医療管理料は、DPC病棟から当該管理料を算定する病室に転棟・転床した場合、DPC包括算定を入院期間Ⅲまで継続しなければならない。 このルールは中小規模のDPC病院における地域包括ケア入院医療の推進に弊害を及ぼしている。					

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
○	7	医師	改正	医療資源の少ない地域	指定地域の拡大	離島を含めた指定地域(30医療圏)	指定地域 + 過疎地域	国立社会保障・人口問題研究所の人口推計によると、将来の地方の高齢化及び人口減少はさらに進むことが予測されている。 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。					
○	8	精神科	改正	A311 A311-2 A311-3 A311-4 A312 A314	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。	現実に精神科専門医療を実施している病棟の多数が単科精神科病院であり、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、看護師等職員の同行など、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。					
○	9	精神科	改正	A103	精神科病棟入院基本料13対1及び10対1施設基準緩和	13対1については、平均在院日数が80日以内 10対1については、平均在院日数40日	13対1については、平均在院日数が100日以内 10対1については、平均在院日数60日	13対1及び10対1の平均在院日数の基準を精神疾患の特異性に基づき緩和すべきである。そうしなければ、身体合併症を積極的に受け入れている一般病院は疲弊しており、一般病院精神科病棟の維持は困難な状況である。長期的視点に立ったの善処を要望する。					

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
○	10	精神科	新設		慢性重症精神障害者入院施設管理加算		350点(1日につき)	<p>精神障害程度が重度かつ慢性化している精神疾患患者の対応を中心に行う病棟の場合、特に当直看護体制が通常より手厚い体制で実施しなければ、危険が伴う場合が多い。しかしながら、現状の診療報酬体系および看護基準の考え方では、夜勤体制を手厚くしても診療報酬としての増収は見込めず、かつ夜勤時間制限(72時間以内)により夜勤看護体制を手厚くすればするほど、人件費が増加してしまい、経営を圧迫することになる。</p> <p>そこで、慢性重症患者を数多く受け入れている病棟については、一定の看護要員基準(10対1以上)を満たすことを条件とし、当該病棟入院患者に対して入院料加算を算定する。(A211特殊疾患入院施設管理加算と同様の考え方)</p> <p>【主な施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 慢性重度精神障害者の対象:「GAFスコア30以下の状態が入院治療開始後6ヶ月以上継続している患者」の患者 対象病棟の患者基準:慢性重度患者数の割合(慢性重症患者比率)が5割以上の場合(10対1精神病棟基本料の入院時重症患者比率と同様の考え方)。 「A230-2精神科地域移行実施加算」または「A103精神病棟入院基本料注7精神保健福祉士配置加算」の届け出を要件の一つとする。 当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が3割以上を占めていること。 					

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	精神科	新設		重度薬物依存症入院医療管理加算		1. 30日以内 200点 2. 31日以上60日以内 100点 (1日につき)	薬物依存症に対する認知行動療法による薬物依存症治療プログラムを実施するに当たり、そのプログラム実施にあたっては、アルコール依存症以上に手数がかかる。例えばSMARPPと呼ばれる薬物依存症治療プログラムでは、12回または16回のプログラムを、医師、看護師、PSW、心理職など多職種チームにより実施する必要がある。入院患者に対しては算定できない認知行動療法を多職種チームで実践していくにあたり、教育訓練を受けた専門職による実施体制が必要となる。現行のアルコール依存症入院医療管理加算に準じた施設基準と算定要件を要件とする。					
○	12	リハビリ	改正	H000 H002 H003	STが算定できるよう、施設基準に加えるべき	STは脳血管疾患リハしか施設基準にない	心リハ、運動器リハ、呼吸器リハにも施設基準掲載していただきたい	心リハにおける反回神経麻痺による嘔声の問題、頸椎の狭窄症術後の口腔機能の問題、肺炎後の咽頭機能の問題など、STが心リハ・運動器リハ・呼吸器リハに關与する必要は高い。PT・OTと同様に、疾患別リハビリが算定できるように改定願いたい。					

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	リハビリ	改正	H007-2	がんリハビリテーション料対象の拡大	<p>がん患者リハビリテーション料の対象患者において</p> <p>(1)ク:「在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者」と記載されている。</p> <p>①在宅復帰を目的とする患者に限られている。</p> <p>②在宅において緩和ケアを主体で治療を行っている患者に限られている。</p> <p>(2)放射線治療に関する記述として、頭頸部がん、脳腫瘍、骨腫瘍の患者のみ対象となっている。</p>	<p>がんリハビリテーション料が算定できる対象基準を拡大して頂きたい</p> <p>(1)①入院時より「他医療機関・施設への転院」と方向性が決定している場合や結果的に転院となった場合も対象としていただきたい。</p> <p>②緩和ケアに限らず、外来通院にて積極的治療中に症状増悪や副作用によって一時的に入院加療となる患者がいる。このような患者についても対象としていただきたい。</p> <p>(2)「放射線治療が行われる予定又は行われた肺がん、乳がん、消化器系がん、造血器がん、皮膚がん等の患者」に対するリハビリテーションも対象としていただきたい。</p>	<p>がんリハビリテーション料の対象は、がんのリハビリテーションを必要とする全ての患者の、がんの種類・病期・治療内容を対象とすることが必要である。</p>					

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
○	14	事務	改正	A207	診療録管理体制加算1の増点	加算1 100点	加算1 300点	診療録管理体制加算1の算定要件に退院患者2000名につき1名の常勤の診療記録管理者の配置が義務付けられており、非常勤職員の常勤換算や、派遣職員・請負方式は不可とされている。診療記録の管理は診療を行う上で非常に重要な業務であり、それゆえ常勤の職員が専門的に行うことが望ましいと思われるが、2000名×100点＝200,000点(2,000,000円)では常勤の職員を雇える現実的な点数設定とは言い難いため。					
○	15	事務	改正	A207-2	医師事務作業補助体制加算1	15対1 860点 20対1 648点 25対1 520点 30対1 435点 40対1 350点 50対1 270点 75対1 190点 100対1 143点	15対1 900点 20対1 800点 25対1 700点 30対1 600点 40対1 500点 50対1 300点 75対1 200点 100対1 150点	近年電子カルテの普及や社会情勢の急速な変化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、給与の面からも十分できているとはいえない。そこで、各区分にそれぞれ加点(人数の少ない区分には多く加点する傾斜加点)することで、配置職員1人当たりに換算した職員の給与の財源の一部となり、医師事務作業補助者に求められる業務の質も確保できるため。					
○	16	看護	改正	A100	7対1入院基本料の算定要件の緩和(新人看護師臨床研修)	厚生労働省は新人看護師臨床研修を努力義務化しているが、臨床研修への参加時間を病棟勤務時間から除外されている	新人看護師臨床研修への参加時間を病棟勤務時間として扱う	新人看護師臨床研修が努力義務化されていることを根拠として、これら研修への参加時間を病棟勤務時間として扱うよう要望する。					

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
○	17	看護	新設		認知症療養管理料	なし	認知症看護に係る専門の教育を受けた看護師が介入し、コンサルテーションを実施した場合 500点(1回/月)	高齢化社会の進行により認知症患者が増加することが予測される。認知症患者および家族のQOLを向上するためには専門家の介入が不可欠であり、実際、認知症看護認定看護師が、認知症患者のQOL向上に向けた介入を行っている。それらの活動が診療報酬上、評価されていないため、専門的教育を受けた看護師の介入について新たな評価を要望。					
○	18	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8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9週目以降 も算定対象とする	平成26年度診療報酬改定では、療養病棟および精神病棟において、薬剤師の継続した病棟薬剤業務の実施が評価され、制限が8週間に緩和された。しかしながら、8週以降においても処方提案や副作用モニタリング等の病棟薬剤業務を実施している。継続的な薬物療法の安全管理が不可欠であり、9週目以降も算定対象とするよう要望する。					
○	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、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する。 なお、がん患者指導管理料3を請求している場合は、二重に請求できないこととする。					

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
○	20	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Ⅱ100点 検体検査管理加算Ⅲ300点 検体検査管理加算Ⅳ500点	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。 検体検査管理加算Ⅱ300点 検体検査管理加算Ⅳ500点	専任の検査医(病理医や外来診療を行っている内科医など)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。					
○	21	臨床検査	改正	D215	超音波検査の回数要件緩和(回数限度の引き上げ)	通知(1)「1」から「5」までに掲げる検査のうち2以上のものを同一月に同一の部位について行った場合、同一月に2回以上行った場合の算定方法の適用においては、同一の検査として扱う	通知(1)「1」から「5」までに掲げる検査のうち2以上のものを同一月に同一の部位について行った場合の算定方法の適用においては、同一の検査として扱う。同一月に2回以上行った場合は、検査目的が異なり、部位が異なる場合は、同一月に3回まで逡減なく算定できる	異なる疾患に対し、それぞれ異なる部位で検査を行った場合(例えば、消化器内科の上腹部と婦人科の子宮など)は、検査部位・検査回数が増えるごとに検査に要する時間・労力が増える。異なる疾患に対し異なる検査目的で検査を行った場合は、部位数に応じた算定が可能となるよう要望する。					

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
○	22	放射線	改正	施設基準	冠動脈CT撮影加算	画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと	この項を削除	冠動脈CTは虚血性心疾患の評価に大変有用であり、観血的な心血管カテーテル法を用いずに冠動脈の評価が可能である。循環器疾患の診断治療を主な目的としているのであるが、画像診断管理加算2の施設基準を満たすための要件である読影に関する制約が、有用な冠動脈CTの普及を妨げる形となっているため。					
○	23	放射線	改正	MO01注3	体外照射用固定具加算における頭頸部腫瘍のみへの限定解除	0点	1000点	前立腺癌や肺癌などの高精度放射線治療においては体幹部の固定は必須であり、頭頸部への限定は解除し、体幹部に対しても同等(1000点)の加算をつけていただきたい。		1	3	3	60分
○	24	栄養	改正	入院時食事療養費	増額	入院時食事療養費I 1食につき 640円 特別食加算 1食につき 76円	入院時食事療養費I 1食につき 710円 特別食加算 1食につき 85円 治療を目的とした食事であることの専門性を評価してほしい。 また、消費者物価指数上昇分および消費増税を加味した金額を要望 (病院で使用するに相応しい食材のほか、機器類、光熱水費、人件費の推移を考慮)	治療効果を高めて早期退院を目指すには入院中の食事の喫食率を高め栄養状態の維持改善が重要であることは周知の事実である。そのため安全で良質な食事提供を行う必要がある。安全性の確保された良質な食材にはそれ相応の対価も必要である。また、早期退院を目指すため栄養管理上、栄養補助食品の利用も増加し食料料費が増している。 多種多様な治療食の提供には献立作成から調理までの専門的知識及び技術が必要である。それら人材確保が厳しくなっている。 総務省統計局資料によると消費者物価指数は2010年度を100とした場合、2014年度は103.1と物価上昇している。 平成26年度診療報酬改定時に消費税8%へのアップ分が盛り込まれなかった。消費税10%も予定されている。食材料費のほか委託費、機器類更新、にも同様に消費税がかかる。また、光熱水費の価格上昇もある。					

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
○	25	栄養	改正	B001-09 B001-10 B001-11	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の対象疾患拡大 及び算定要件の緩和	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左記要件の緩和 ・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左記要件に追加 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 ・低栄養 ・摂食嚥下障害 ・がん患者	①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。 ② ・低栄養については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(COPD、廃用症候群など)。 ・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。					

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
○	26	臨床工学	改正	B011-4	医療機器安全管理料	<p>臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合(1月につき)100点</p> <p>通知: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をいう。</p>	<p>生命維持管理装置を用いて治療を行う場合(1月につき)200点に増点。算定対象機器(使用中の不具合が起これば生命に直結する機器)の拡大(体外式ペースメーカー、電気メス、非観血式自動血圧計、パルスオキシメーター、輸液ポンプ、シリンジポンプ等)</p> <p>生命維持管理装置以外を用いて治療を行う場合(1月につき)100点。</p>	<p>「医療機器安全管理料」という算定項目名だが、内容は「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、除細動装置及び閉鎖式保育器」となっている。しかし管理料算定対象外の機器は院内に多数存在し、これらの点検も十分に行う必要がある。また、点検を行うには機種ごとに専用の検査機器等が必要であり、検査機器の性能維持のため、定期的な校正費用も発生する。これらを勘案し、算定対象を使用中の不具合が起これば生命に直結する機器に拡大し、増額を要望する。</p> <p>現状では適切な保守管理がなされず、老朽化した医療機器が多数存在し、医療安全上問題であると思われる。</p>	<p>FLUKE社製除細動テスト IMPULSE 7000DP定価 133万円等</p>				

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	臨床工学	新設		臨床工学技士によるペースメーカー植え込み時のデバイスチェックに係る算定		臨床工学技士によるペースメーカー植え込み時のデバイスチェックに係る算定 (手術1症例につき) ア 恒久型ペースメーカーの場合 100点 イ 両心室ペースメーカーの場合 300点 ウ 植込み型除細動器の場合 500点 エ 除細動機能付両心室ペースメーカーの場合 1000点	植え込み型ペースメーカーの植え込み時のデバイスのプログラミング、外来患者の定期的なデバイスチェックを行っている。 専門的知識を要するため臨床工学技士の診療算定を要望。					

DPC 重点要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
○	1	①係数関係	c) 機能評価係数Ⅱ	6) 地域医療指数			<p>機能評価係数Ⅱの地域医療指数(体制評価指数のポイント制)は、Ⅰ・Ⅱ群を上限10ポイント、Ⅲ群を上限8ポイントとして評価しているが、地域医療への貢献を表す本指標は、すべての群を全12ポイントで評価すべきである。</p> <p>また、機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分(重み付け)において、将来の医療提供体制構築に係る本指標(5疾病5事業)については、その重要性に鑑み、より配分を重くすべきである。</p>
○	2	①係数関係	c) 機能評価係数Ⅱ				<p>機能評価係数Ⅱ計算の対象症例のルールの見直しを要望する。院内で「その他病棟」に転棟した場合は、機能評価係数Ⅱおよび調整係数の計算対象外となっており、この症例が複雑であっても、効率的な医療を行っていても評価の対象とならない。今後、院内で複数の病棟を持ち、急性期の状態を脱した患者を「その他病棟」へ転棟させる等の機能分化を図っていくことが考えられるが、「その他病棟」へ転棟した場合でも急性期病棟での治療を適切に評価していただきたい。病床の機能分化を進める上でも必要な変更と考える。</p>
○	3	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	b) 手術・処置1・2 c) 定義副傷病	呼吸器系疾患	0080 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎		<p>本診断群は症例数が多く、さらに精緻化が必要である。</p> <p>①「G005中心静脈注射」が行われている場合、平均在院日数で3倍長く、出来高比較で平均的にマイナスとなる傾向がある。手術・処置等2へ「G005中心静脈注射」を追加すること</p> <p>②75歳以上の高齢者では、74歳以下と比較し、在院日数が2倍程度異なることから年齢分岐が必要</p> <p>③副傷病に敗血症、DICがある場合 在院日数が1.5～2倍長く、医療資源投入量も多く大きくマイナスになる傾向が認められるため定義副傷病として分岐が必要</p> <p>④肺炎重症度による分岐も必要。</p>

DPC 重点要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
					0081 誤嚥性肺炎		本診断群は症例数が多く、さらに精緻化が必要である。 ①「G005中心静脈注射」が行われている場合、平均在院日数で2倍長く、医療費投入量も増加する傾向がある。手術・処置等2へ「G005中心静脈注射」を追加すること ②14歳以下と15歳以上では在院日数が2倍程度異なり、医療資源投入量も異なるため、年齢による分岐が必要。 ③副傷病に敗血症、DICがある場合 在院日数が1.5倍程度長く、医療資源投入量も多く大きくマイナスになる傾向が認められるため定義副傷病として分岐が必要。
○	4	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	病名選択 診断群分岐	循環器系疾患	0050 狭心症、慢性虚血性心疾患 0080 弁膜症(連合弁膜症を含む。) 0130 心不全		①コーディングテキストでは、「原疾患として心筋症、心筋梗塞等が明らかな場合は心不全として処理をせず原疾患を医療資源病名として選択する。」と記載されているが、治療内容、医療資源投入量とも原疾患と心不全では異なることから、医療資源投入量の多寡の判断により、心不全とするか、原疾患とするか選択するようにコーディングテキストの変更を要望する。 ②原疾患の治療を中心に行っている場合は、原疾患の診断群を選択した上で、心不全を定義副傷病として選択できるよう分岐を要望する。 ③カテーテル検査を行っている場合、「検査のみ」の入院と「検査と治療」を行っている場合では医療資源の投入量が異なるため、「検査のみ」か「検査と治療」かを適切に分類できる仕組みを要望する。 ④予定入院か予定以外の入院かにおいて在院日数が異なるため、DPCの8桁目(年齢・体重・JCS条件等)で予定入院の有無の分岐を入れることで適切に緊急入院に対する治療が評価されることを要望する。
○	5	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)	小児疾患	0070 川崎病		川崎病の治療において、年長児では、γグロブリン製剤の投与量が多く、また、複数回の投与を必要とする重症例が多い。γグロブリン製剤の使用により、年長児では病院の持ち出しが極めて多額となる症例があるため、現状の2歳未満、2歳以上の年齢分岐に5歳以上の年齢分岐の新設を要望する。

DPC 重点要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
○	6	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)				嚥下障害による胃瘻造設目的で入院の場合、コーディングテキスト(P.31)より、「その状態に至る原因となる病態を医療資源病名とする」とあるが、例えば、脳出血による嚥下障害の場合、医療資源病名は「脳出血」となる。診療行為自体は胃瘻造設に関連した行為しかないが、診断群分類は脳出血となるのは不適切である。原疾患に対する治療を行っていない場合は嚥下障害(R13)を医療資源病名としてコーディングすべきと考える。
○	7	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)				敗血症、播種性血管内凝固については、重篤な一時期の医療資源投入量としての他の疾患の医療資源に与える影響が大きいと思われる。このため、特に副傷病に存在するとき在院日数延長、医療資源の投入量増加が認められる下記診断群について、敗血症、播種性血管内凝固を定義副傷病名とし、分岐設定を要望する。 ①敗血症については、 040080:肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎、040081:誤嚥性肺炎、040110:間質性肺炎、060370:腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く)、080011:急性膿皮症 ②播種性血管内凝固については、 040080:肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎、040081:誤嚥性肺炎、060335:胆嚢水腫、胆嚢炎等、060340:胆管(肝内外)結石、胆管炎、060370:腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く)、110310:腎臓または尿路の感染症、130030:非ホジキンリンパ腫

DPC 重点要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
○	8	⑥データ提出加算					<p>様式1調査項目について、負担が大きく、軽減を図られたい。</p> <p>1. 下記項目を削除されたい。 A000070 ②前回同一疾病で自院入院の有無(短期ならデータベースで判定可能、長期間は不要とおもわれる。) A001010 ②身長(看護師の負担になり、利用目的も不明確) A001020 ③喫煙指数(入院医療に直接関係しない) M040010 ②Hugh-Jones分類(肺炎重症度指数の評価に統一)</p> <p>2. 下記項目の対象を限定されたい。 A002010 ②現在の妊娠の有無 (MDC12のみにする、他の分類では用途不明確) CAN0020 ③UICC病期分類(T)、④UICC病期分類(N)、⑤UICC病期分類(M)、⑥UICC病期分類(版)、CAN0030 ③癌取り扱い規約に基づくがんのStage分類 (悪性腫瘍手術施行時に限定する。初回診断時に判断するもので有り、今回の入院単位の評価であるDPCとは定義が異なるため。)</p>
○	9	⑧その他	病理組織標本作成				<p>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においては、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を要望する。</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
○	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 282点 2科目 141点 3科目 0点 再診料(外来診療料) 1科目 72点(73点) 2科目 36点(36点)	初診料 1科目 282点 2科目 188点 3科目 94点 再診料(外来診療料) 1科目 72点(73点) 2科目 72点(73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、初診については、2科目目を2/3、3科目目を1/3の評価とし、再診については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	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。					
○	3	医師	改正	A200-1	総合入院体制加算1の施設基準緩和(化学療法)	化学療法 1レジメンを1件として 4,000件以上/年	現行のレジメン数のカウントであれば件数要件を緩和し、4,000件を基準とするなら治療回数のカウントに変更	現行要件ではほとんどが算定できない。高度急性期医療を担う医療機関が算定可能な基準に緩和すべきである。					

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
	4	医師	改正	A200	総合入院体制加算の小児総合病院用の施設基準の追加	各種診療実績項目の件数条件、救急医療の条件について	① 全身麻酔手術件数、人工心肺手術件数、腹腔鏡下手術件数、化学療法件数の減数 ② 照射線治療、悪性腫瘍手術は実施条件のみ、あるいは削除 ③ 小児特有の条件として、極低出生体重児入院件数や先天異常難手術件数を追加 ④ 24時間の救急医療提供は、実績評価ならびに救急搬送件数の評価で。	診療科目の条件は小児においても適合するが、診療実績項目の年間件数条件は小児専門施設ではほとんど該当しない。かつ、小児特有の条件が含まれていない。					
○	5	医師	改正	A205	救急医療管理加算1の増点	800点	900点	救急医療の初期対応には多くのコストを要するため、救急入院患者への診療応需体制を確保する目的で加算の増点を要望する。					
	6	医師	改正	A205	救急医療管理加算1の対象患者の拡大	救急医療管理加算重症患者の基準ア～ケ	対象患者の拡大例えば(白血病・悪性リンパ腫や再生不良性貧血等の血液疾患など)	現行の重症患者の状態となる基準は非常に限定されているため、対象患者の拡大が必要である。 また、意識障害はないが重篤な脳血管疾患(病状により緊急に手術ができないもの)や、スタンフォードBの大動脈解離などが、その他になってしまう。明確な判断基準が必要である。					

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
	7	医師	改正	A212	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(算定要件緩和)	①超重症児の判定スコア25以上 ②算定90日限度	①超重症児の判定スコア23以上 ②大きな外科的合併症を有する場合は150日以上	人工呼吸の患者でなくとも重症度が高く、超重症児と同等に取り扱うべき症例が多いため。					
	8	医師	改正	A238-3	新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準緩和	退院調整及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師又は、退院調整及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が配置されていること。	退院調整及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師又は、専従の社会福祉士が配置されていること。	5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する看護師を退院調整部門へ配置することはNICUの患者数が限られているため業務量から見ても不相当であるため、退院調整加算同様に専従の社会福祉士のための要件に緩和してほしい。					
	9	医師	改正	A245	データ提出加算1、2(200床未満の病院の場合)	入院中1回 加算1 150点 加算2 160点	200床未満は加算1・2共に初月120点、翌月及び翌々月100点	現状では入院中1回のみであるが、中小病院においては大病院とは異なり、慢性期患者が多く、病床の回転率が低く、データ提出にかかる経費が相対的にかかるため。					
	10	医師	改正	A302	新生児集中治療室管理料等を算定できる日数の特例に関する別表第14に定める疾患の拡大	「重症の先天性心疾患」が規定されていない	「重症の先天性心疾患」を対象とすること	未熟児においては先天性心疾患を有する患者の割合が高く、このような患者では別表第14の疾患と同様に長期間の集中治療が必要となるため。					

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
○	11	医師	改正	A307	小児の入院管理料の算定年齢の変更	算定対象は「15歳未満」となっている	①小児の期間を、「15歳に達する年度の末」まで ②小児慢性特定疾患の入院の場合は、「18歳に達する年度の末」まで	中学3年生の途中で、算定が変わるのは不合理で不公正。義務教育期間の末までしてほしい。小児慢性特定疾患の場合は、15歳以降も小児病棟に入院することが多い。					
	12	医師	改正	A307	小児入院医療管理料2、3の差の見直し	小児入院医療管理料2は医師数9名以上、3は5名以上	2と3の医師数の差が大きいので間にもう1つランクを設けてほしい	昨今の小児・周産期医療に従事する医師の疲弊は甚だしい。その中でも地方の周産期拠点病院では大学の派遣を受けて地域の医療を守っている。医師が1名退職すると一気にランクが落ちるので、間を持つような点数設定がほしい。					
	13	医師	改正	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の施設基準緩和(データ提出加算)	施設基準(データ提出加算の届出を行っていること)	施設基準の要件緩和	データ提出加算はDPC病院でない病院にとって、費用や人の問題でかなりの足かせであるため、届出していない場合の地域包括ケア病棟入院料の点数の新設を検討して頂きたい。					

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
○	14	医師	改正	A308-3	地域包括ケア病棟入院料と入院医療管理料の算定要件見直し	地域包括ケア病棟入院料と入院医療管理料で加算やDPC算定要件の整合性がない	入院医療管理料においても算定要件を入院料と同等にすること	地域包括ケア入院料(病棟単位)と入院医療管理料(病室単位)の算定要件で差があり不合理である。 ①救急・在宅等支援病床初期加算は同一病棟内にある一般病床から地域包括ケア入院医療管理料の対象になる病床に転床した場合は算定できない。 ②地域包括ケア入院医療管理料は、DPC病棟から当該管理料を算定する病室に転棟・転床した場合、DPC包括算定を入院期間Ⅲまで継続しなければならない。 このルールは中小規模のDPC病院における地域包括ケア入院医療の推進に弊害を及ぼしている。					
	15	医師	改正	A308-3	地域包括ケア病棟入院料と入院医療管理料の施設基準緩和(リハビリ対象者)	「リハビリを提供する患者は1日平均2単位以上の実施」を一回でもクリア出来ない」と当該入院料を取下げ	平均在院日数の施設基準のように「3月以内の1割以内の変動」については認めるよう施設基準を緩和	セラピスト数が少なく365日リハビリを実施出来ない病院では厳しい条件であり、病床利用制限にもつながりかねない。本来の目的が果たせない可能性があるため。					
○	16	医師	改正	医療資源の少ない地域	指定地域の拡大	離島を含めた指定地域(30医療圏)	指定地域 + 過疎地域	国立社会保障・人口問題研究所の人口推計によると、将来の地方の高齢化及び人口減少はさらに進むことが予測されている。 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 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
	17	医師	改正	A400-3	短期滞在手術等基本料3の両側手術に対する評価	両側手術に対する評価がない	・下肢静脈瘤手術 ・鼠径ヘルニア術 ・水晶体再建術(眼内レンズ挿入術)については両側の場合の点数設定	一度の手術で両側を実施し、手技料が2倍になり、使用した材料もそれぞれ必要量を使用する。片側と両側の手術が同点数の基本料では不合理と考える。従ってそれぞれの点数設定を要望する。					
	18	医師	改正	A400-3	短期滞在手術等基本料3に年齢加算の設定	3歳未満又は3歳以上6歳未満の患者に対し年齢の加算がない	手術は3歳未満(100/100) 3歳以上6歳未満(50/100)の加算 麻酔料は未熟児、新生児(200/100) 1歳未満(50/100) 1歳以上3歳未満(20/100)を加算	出来高請求の場合は3歳未満又は3歳以上6歳未満の患者に対しては手術料に、また、3歳未満には麻酔料にも年齢加算を算定する。しかし、短期滞在手術等基本料にはこの加算は加味されていない。当然、小さければ手間もかかるため、短期滞在手術等基本料にも年齢加算を設定してほしい。					
	19	医師	改正	A400-3	短期滞在手術等基本料3の除外項目追加	退院時処方以外の全ての診療行為は包括	高額処置・薬剤を含む場合を除外 ・人工腎臓 ・血友病 等	血友病患者に対する内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術に当たって補充療法を実施したが、5日間で約120万円を病院で持ち出す結果となった。凝固因子製剤は包括範囲から除くなど、包括範囲外となる診療行為や薬剤・材料等の設定について検討いただきたい。					

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
	20	医師	改正	C	在宅療養指導管理料(算定要件の緩和)	人工呼吸器を装着している15歳未満の患者等に在宅医療を担う医療機関と後方支援等を担う医療機関で異なる指導管理を行った場合に、それぞれの医療機関で在宅療養指導管理料が算定できる	人工呼吸器以外に要件緩和	小児では、同一患者でも関連のない在宅療養指導を複数の医療機関で行うことは多い(腹膜透析や胃瘻、気管切開など)。					
	21	医師	改正	処置料	J000 J086 J095	創傷処置 45点 創傷処置 55点 眼処置 25点 耳処置 25点	創傷処置 60点 創傷処置 70点 眼処置 60点 耳処置 60点	処置等を行った場合の医師の技術料が低く評価されている。					
	22	医師	改正	処置・手術の通則	休日、時間外、深夜加算1の施設基準緩和(当直日数)	交代勤務制、チーム制、手当年間12日	手当年間12日→年間48日または「無し」	就業規則に記載して運用を開始すると、12日を超えた場合でも現状は手当の支給を就業規則変更まで支払う必要がある。また、手当の支給がある状況で手当なしにしまった場合、医師の勤務意欲を減退させてしまうため、年間の上限日数の要件を見直してほしい。					

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
	23	医師	改正	手術 通則 12	休日、時間外、深夜加算1の施設基準緩和(ルート確保)	5(1)静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外の医療従事者が実施することとし、以下のアからウまでのいずれかの場合のみ医師が実施 (2)静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者が各部門又は病棟ごとに常時1名以上配置	算定要件の中のルート確保について、対象が小児の場合を除く	算定要件の中のルート確保については、小児病院では不可能。新生児については除外されているが、新生児以後も体重増加のみられない症例は数多くあり、医師以外の職種がルート確保を行うのは現実的ではない。					
	24	医師	改正	K549 K546 K616	PCIと同日に施行したPTAの算定	PCIと同日に施行したPTAは認められない	PCIと同日に施行したPTAの算定を認めて頂きたい	冠動脈疾患と下肢閉塞性動脈硬化症の治療を同日に施行した場合、同一病巣でないため、PTAの手技の算定は可能である。	四肢の血管拡張術・血栓除去術 20,540点				

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	K616-4	3月に1回限りの複数の医療機関で実施した場合の算定緩和	経皮的シャント拡張術・血栓除去術18080点は、3月に1回に限り算定となっており、3月に2回以上実施した場合、2回目以降の手術に伴う薬剤料または特定保険医療材料は算定できない。複数の医療機関でそれぞれ実施した場合も同様	3月以内であっても、複数の医療機関でそれぞれ実施した場合は算定可能としていただきたい	他医での経皮的シャント拡張術・血栓除去術が成功しなかったという理由での紹介を受ける場合等、3月以内であってもやむを得ず当該手技を実施せざるを得ない状況において、紹介先医療機関がその手技料および薬剤料・保険医療材料を算定できないのはいかがか。この算定要件では、この手技を実施できる技術的・施設的環境の整った大病院が不利な状況である。	PTAバルーンカテーテル（一般型・特殊型） ¥72500、ウロナーゼ静注用6万単位 ¥3090 × 使用本数、その他血管造影カテーテル、血管造影用シースイントロデューサーセット（蛇行血管用） ¥3660など以下省略				

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
	26	医師	改正	K664	胃瘻造設術 (減額適応施設基準に関する除外項目追加)	以下の要件を満たしていない医療機関は80/100で算定 年間の胃瘻造設術の実施件数が50件以上(頭頸部悪性腫瘍患者を除く)で、胃瘻造設患者全例に嚥下造営又は内視鏡下嚥下機能評価検査を行い、35%以上の患者を1年以内に経口摂取のみの栄養方法に回復させている	頭頸部悪性腫瘍患者以外も除外項目を追加 ・神経難病 ・脳性まひ ・重症心身障害児	神経難病において、胃瘻は病後の生活に不可欠であり、かつ、単なる延命治療と異なり、精神的な活動を含め、持続的な生活の基礎となる。筋萎縮性側索硬化症を初めとする神経難病では、頭頸部の悪性腫瘍と同様に、回復の見込みのない嚥下障害が進行し、胃瘻造設後は経口摂取のみの栄養方法に回復させることはほぼ不可能である。 国が進める神経難病患者の在宅診療を可能にしているのも、胃瘻の造設によって在宅での栄養・水分・薬剤の安全な投与方法が確保されているからである。したがって、胃瘻が絶対的に必要な神経難病患者に対する胃瘻造設術を抑制することのないように、年間50件を超える施設基準の要件として頭頸部の悪性腫瘍患者のみでなく、進行性の嚥下障害を呈する神経難病に対する胃瘻造設術を除くという除外基準を追加して頂きたい。 また、脳性まひ及び神経難病を有する重症心身障害児も胃瘻は終生必要である。					
	27	医師	改正	K898	帝王切開術の診療点数の復元	20,140点	22,160点	平成26年度診療報酬改定において、帝王切開術の点数が大幅な減点となったが、厚生労働省が掲げる周産期医療の推進に逆行する改定であり、少なくとも以前の点数への復元を要望する。					

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
	28	医師	改正	第2項先進医療技術の陽子線治療	がん医療提供体制の充実について	第2項先進医療技術【先進医療A】陽子線治療 適応症：限局性固形がん	早期に公的医療保険を適用。 なお、適用までは先進医療を継続。	高度急性期の医療機能の強化において、特に国民の2人に1人が罹患する「がん」の医療提供体制の充実が重要である。 とりわけ生活の質を維持する効果に優れる放射線治療を推進するため、小児がん等安全性・有効性が明らかな臓器・組織型に対する粒子線治療について早期に公的医療保険を適用すること。それ以外の粒子線治療については、年間5,000人を超える患者が先進医療として治療を受けている実態や、幅広いがんに応用されてきており、さらに治療効果の検証が必要であることにかんがみ、すべての固形がんに先進医療を継続すること。 なお、建設費の大きい粒子線治療施設について、地域ごとの必要施設数など全国的な配置のあり方を検討し、過剰整備とならないよう調整を行うこと。					
○	29	精神科	改正	A311 A311-2 A311-3 A311-4 A312 A314	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。	現実に精神科専門医療を実施している病棟の多数が単科精神科病院であり、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、看護師等職員同行など、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。					

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	精神科	改正	A103	精神科病棟入院基本料13対1及び10対1施設基準緩和	13対1については、平均在院日数が80日以内 10対1については、平均在院日数40日	13対1については、平均在院日数が100日以内 10対1については、平均在院日数60日	13対1及び10対1の平均在院日数の基準を精神疾患の特異性に基づき緩和すべきである。そうしなければ、身体合併症を積極的に受け入れている一般病院は疲弊しており、一般病院精神科病棟の維持は困難な状況である。長期的視点に立っての善処を要望する。					
	31	精神科	改正	A311	精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の算定要件(精神科の専門性の高い療法のための転院時の算定)	転院による精神科救急入院料病棟、精神科救急・合併症入院料病棟への入院では、算定できない	クロザピン導入並びに全身麻酔による電気痙攣療法のための転院に救急入院料の算定を認める	難治性統合失調症の患者に対してクロザピンや全身麻酔による修正型電気痙攣療法(m-ECT)が導入され、その多くの患者において症状改善が認められている。クロザピンは投与初期に副作用による無顆粒球症が発生するリスクが高く、入院による治療開始が義務づけられている。また、m-ECTも麻酔科医が必要になるなど、平均的な単科精神科病院では実施が困難である。薬剤反応不良の難治性統合失調症にともなう幻覚妄想や精神運動興奮により、長期間の隔離や身体的拘束を余儀なくされている患者に対して、クロザピンやm-ECTの導入のために転院となった際に救急入院料や救急・合併症入院料が算定できないため、高度な医療を行っているにもかかわらず診療報酬が低くなっているのが現状である。こうした難治性統合失調症患者の治療を進めていくためには、クロザピン並びにm-ECTの導入に当って、転院の場合でもこれらの入院料が算定できるように改定する必要がある。					

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
	32	精神科	改正	I002	通院・在宅精神療法の施設基準の見直し	16歳未満の患者に対して350点の加算を2年間算定する要件として、児童・思春期精神科入院管理料の算定がある。	要件を児童・思春期精神科医療における専門性の担保に変更する。	積極的かつ専門的に児童・思春期精神科医療に取り組んでいる大学病院、総合病院、診療所は多い。児童・思春期精神科入院管理料を算定する医療機関で16歳未満の患者を対象とした場合のみ2年間算定できるとされているが、これを一定の専門性の担保を要件に変更すべきである。 ①精神保健指定医あるいは日本精神神経学会専門医であること。 ②全初診患者の半数以上が16歳未満であること。					
	33	精神科	改正	A200	総合入院体制加算	一般病棟のみ	精神病棟でも算定可能とする	総合入院体制加算の施設基準として精神科の標榜が必要とされている以上、一般病棟と同等に精神病棟にも急性期医療を担う体制があると考えられる。 総合入院体制加算(1)(2)を算定している病院において、精神科入院基本料、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がある場合は、それらの病棟においても総合入院体制加算を算定できるようすべきである。					
	34	精神科	改正	I012	精神科訪問看護・指導料の算定要件緩和	複数訪問の場合、保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に行う場合とされている。	作業療法士(OT)、精神保健福祉士(PSW)のみの複数訪問も加算の対象にする。	複数訪問を「保健師又は看護師、作業療法士、精神保健福祉士が他の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士と同時に行う」としてほしい。これによって各職種を患者の状況に応じて振り分け、効率的な訪問指導を実施できるようになる。OT、PSWの同一職種の複数訪問は加算が困難な場合であっても、異なる職種(例 OTとPSWなど)の複数訪問の加算ができるようにしてほしい。					

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
	35	精神科	改正	I	精神科専門療法の回数制限や同一日における複数の精神科専門療法の算定制限の緩和	①通院・在宅精神療法(退院後4週間以内を除く)週1回が限度 ②入院生活技能訓練療法 週1回が限度 ③同一日に実施した精神科専門療法の同時算定不可(例えばデイ・ケアと通院精神療法など)	①通院・在宅精神療法について、週2回を限度とする。 ②入院生活技能訓練療法について、週2回を限度とする。 ③同一日に実施した精神科専門療法を2つまで算定可とする。	①及び②について、重症例では週1回では十分な治療効果があるとは言えない。重症度の記載を要件に、算定できるようにすること。 また、各々の専門療法は治療目的や技法が異なり、同一日に実施しても片方しか算定できないことに合理性はない。					
	36	精神科	改正	I003-2	認知療法・認知行動療法	うつ病等の気分障害の患者	薬物依存症の患者を追加	SMARPPなどの薬物依存症に対する認知行動療法プログラムを実施した場合も算定可とする。					
	37	精神科	改正	A230-4	精神科リエゾンチーム加算の施設基準の見直し	常勤看護師に求められる要件として「適切な研修」がある。	日看協、日精看の行っている長期間の研修のみに限らず、緩和する。	総合病院精神科で他科入院中の患者に対して、リエゾンチームの活動が広く求められている。看護師の現行の研修の要件は資格取得のために長期間に亘って行われるものであり、週1回・200点の算定に全く見合っていない。一定の実務経験を要件に、研修内容が緩和されるべきである。					

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
○	38	リハビリ	改正	H000 H002 H003	STが算定できるよう、施設基準に加えるべき	STは脳血管疾患リハしか施設基準にない	心リハ、運動器リハ、呼吸器リハにも施設基準掲載していただきたい	心リハにおける反回神経麻痺による嘔声の問題、頸椎の狭窄症術後の口腔機能の問題、肺炎後の咽頭機能の問題など、STが心リハ・運動器リハ・呼吸器リハに関与する必要は高い。PT・OTと同様に、疾患別リハビリが算定できるように改定願いたい。					

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
○	39	リハビリ	改正	H007-2	がんリハビリテーション料対象の拡大	<p>がん患者リハビリテーション料の対象患者において</p> <p>(1)ク:「在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者」と記載されている。</p> <p>①在宅復帰を目的とする患者に限られている。</p> <p>②在宅において緩和ケアを主体で治療を行っている患者に限られている。</p> <p>(2)放射線治療に関する記述として、頭頸部がん、脳腫瘍、骨腫瘍の患者のみ対象となっている。</p>	<p>がんリハビリテーション料が算定できる対象基準を拡大して頂きたい</p> <p>(1)①入院時より「他医療機関・施設への転院」と方向性が決定している場合や結果的に転院となった場合も対象としていただきたい。</p> <p>②緩和ケアに限らず、外来通院にて積極的治療中に症状増悪や副作用によって一時的に入院加療となる患者がいる。このような患者についても対象としていただきたい。</p> <p>(2)「放射線治療が行われる予定又は行われた肺がん、乳がん、消化器系がん、造血器がん、皮膚がん等の患者」に対するリハビリテーションも対象としていただきたい。</p>	<p>がんリハビリテーション料の対象は、がんのリハビリテーションを必要とする全ての患者の、がんの種類・病期・治療内容を対象とすることが必要である。</p>					
	40	リハビリ	改正	H007-2	がんリハビリテーション料の施設基準緩和	<p>・医師および看護師との共同での資格講習制度</p> <p>・資格者のみの算定制度</p>	<p>施設基準を緩和していただきたい</p>	<p>・資格取得の研修にて医師・看護師の負担が大きい。</p> <p>・資格者が休みの場合は他のセラピストが代行しても算定できない。</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
	41	リハビリ	改正	A100 注12	ADL維持向上等 体制加算の点数	1日25点 14日まで	1日30点以上 14日まで	より早期の介入によるさらなる経済的効率化と患者のQOL改善のために、ADL維持向上等体制の推進が望まれる。					
	42	リハビリ	改正	H001	早期リハビリテーション加算	対象疾患に新生児疾患が含まれていない	新生児疾患の追加	新生児期の早期から介入することが多いので、加算対象疾患に早産児、超・極低出生体重児、脳室周囲白質軟化症、脳室内出血、低酸素性虚血性脳症等の疾患名の追加を要望する。					
	43	リハビリ	改正	H004	摂食機能療法の対象患者の拡大	185点 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症が対象	誤嚥性肺炎や、摂食機能障害の診断のある患者、術後気管管理挿管を要し、嚥下障害が出現した患者に対しては算定可能として欲しい	誤嚥性肺炎や摂食機能障害の診断のある患者、術後気管挿管管理を要し、嚥下障害が出現した患者に対する嚥下評価及び訓練の必要性は高く、実際に摂食機能療法を実施しているが、算定できないため。				1	30分以上
	44	リハビリ	改正	H000～H003	疾患別算定項目拡大	疾患別に算定区分が分けられているが、糖尿病に関しては疾患自体が明記されていない	糖尿病を疾患別算定としていただきたい	糖尿病による合併症の有無に関わらず疾患別算定が可能となれば、予防的リハ(糖尿病教室)にも繋げていけるため。					
	45	リハビリ	改正	B001-7	作業療法士によるリンパ浮腫指導管理料の算定	リンパ浮腫指導管理料の算定は医師、看護師、理学療法士に限られている	作業療法士も算定可能として頂きたい	乳がん術後患者などリンパ浮腫を呈する患者に対し、作業療法士が指導介入する機会が多い。					

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
	46	リハビリ	改正	H001	脳血管疾患等リハビリテーション料	厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者	認知症の追加	実施しているリハビリの内容は認知症や高次脳機能障害の患者に対しても有効で改善が期待できるため。 【疾患別理由】 ①アルツハイマー型認知症：生活障害の評価、支援等を行うことにより、BPSDの軽減につながる事が期待できる。 ②レビー小体型認知症：パーキンソン症状に対して、効果があるとともに意識レベルの変動、あるいは意識の維持困難に対して、リハビリテーションの効果が期待できる。 ③血管性認知症：脳血管障害に伴う生活能力の低下に対して、リハビリテーションの効果が期待できる。					
○	47	事務	改正	A207	診療録管理体制加算1の増点	加算1 100点	加算1 300点	診療録管理体制加算1の算定要件に退院患者2000名につき1名の常勤の診療記録管理者の配置が義務付けられており、非常勤職員の常勤換算や、派遣職員・請負方式は不可とされている。診療記録の管理は診療を行う上で非常に重要な業務であり、それゆえ常勤の職員が専門的に行うことが望ましいと思われるが、2000名×100点＝200,000点(2,000,000円)では常勤の職員を雇える現実的な点数設定とは言い難いため。					

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
○	48	事務	改正	A207-2	医師事務作業補助体制加算1	15対1 860点 20対1 648点 25対1 520点 30対1 435点 40対1 350点 50対1 270点 75対1 190点 100対1 143点	15対1 900点 20対1 800点 25対1 700点 30対1 600点 40対1 500点 50対1 300点 75対1 200点 100対1 150点	近年電子カルテの普及や社会情勢の急速な変化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、給与の面からも十分できているとはいえない。そこで、各区分にそれぞれ加点(人数の少ない区分には多く加点する傾斜加点)することで、配置職員1人あたりに換算した職員の給与の財源の一部となり、医師事務作業補助者に求められる業務の質も確保できるため。					
	49	事務	改正	B009	診療情報提供料の算定要件の緩和	月1回に算定	同一医療機関に2診療科以上の診療を医師が必要と認め、同一日に2科以上の診療情報提供書を発行した場合は、2科目のみ100分の50を算定	現在、紹介医療機関ごとに月1回限りの算定である。しかしながら、同じ医療機関でも科も医師も異なる別々の情報提供が出される場合がある。専門医化が進んだ今、情報提供は非常に細くなり、同一医療機関でも複数回請求が可能にする必要があるため。					
	50	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
	51	事務	改正	入院料等通則	入院中の他院受診にかかる患者への説明等	設定なし	周知の明示等	<p>他院受診にかかるルールは、平成22年度以降複雑化しており、病院と病院(医院)、病院と家族間でのトラブルの原因となっている。</p> <p>特に処方については、入院している患者家族が、病院に無断で「予約が入っていたから、薬をもらいに行った」などの理由が事後になって判明し、トラブルとなるケースが多く見られる。</p> <p>そこで、各医療機関において「原則病院に断りなく他院を受診できないこと。仮に受診した場合、患者側に全額自己負担となることがある」旨を院内掲示等で周知を十分行ない、それにもかかわらず他院受診した場合は、受診に要した診療報酬は患者に求めることができることにより、患者側への現行の制度の啓蒙もでき、病院、受診先双方で患者とのトラブル回避が期待できるため。ただし、その場合において、特に処方された薬剤をDPC算定医療機関等で入院中に使用することは禁止することとする。</p>					
○	52	看護	改正	A100	7対1入院基本料の算定要件の緩和(新人看護師臨床研修)	厚生労働省は新人看護師臨床研修を努力義務化しているが、臨床研修への参加時間を病棟勤務時間から除外されている	新人看護師臨床研修への参加時間を病棟勤務時間として扱う	新人看護師臨床研修が努力義務化されていることを根拠として、これら研修への参加時間を病棟勤務時間として扱うよう要望する。					

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
	53	看護	改正	A100	7対1入院基本料の算定要件の緩和(チーム医療)	栄養サポートチーム、呼吸管理チーム、緩和ケアチームなどの活動時間は、病棟勤務時間から除外されている。	栄養サポートチーム、呼吸管理チーム、緩和ケアチームなどの活動時間を、医療安全、感染管理、褥瘡対策と同様に病棟勤務時間として扱う。	栄養サポートチーム、呼吸管理チーム、緩和ケアチームなどの諸活動は、患者の栄養改善、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からの早期離脱への援助を通して治療効果を高める。 また、専門性の高い医療チーム活動は、患者のQOL向上、在院日数短縮にもつながっている。これらの活動時間を病棟勤務時間として扱うよう要望する。					
	54	看護	改正		一般病棟入院基本料医療、看護必要度加算の算定要件緩和(対象患者拡充)	一般病棟用重症度、医療、看護必要度評価 A項目2点以上かつB項目3点以上	B項目に以下の2項目を追加することを要望 ・「診療・療養上の指示が通じる」 ・「危険行動」	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が、現在の一般病棟用重症度、医療、看護必要度基準ではそれらの患者を適切に評価することができない。B項目に「診療・療養上の指示が通じる」、「危険行動」の2項目を追加することで認知症患者に対する看護必要度の適正な評価につながる。					
	55	看護	改正	B001-20	糖尿病合併症管理料の増点	170点	340点	糖尿病患者に対して下肢切断を行うと傷の治りが悪く、予後が非常に悪い。そのためフットケアに力を入れ、未然に下肢切断を防ぐ取り組みを行っている。 また、診療報酬上1回の指導時間が30分以上となっており、その専門技術と要する時間に対して、現行の点数では不十分である。					
	56	看護	改正	J001-7	爪甲除去処置料の増点	入院中の患者以外45点	170点(胼胝・鶏眼処置と同程度)	糖尿病および重症爪白癬、高齢者の肥厚した爪の爪切り処置は、相応の技術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、胼胝・鶏眼処置と同程度の170点の診療報酬とすることを要望する。					

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
	57	看護	改正	B001-7	リンパ浮腫指導管理料算定要件の改正	入院中に算定した患者については退院翌月までにもう1回算定が可能	退院翌月までの算定期限の廃止	現在、入院中1回または退院後に退院した日の属する月又はその翌月に1回に限り算定可能であるが、術後翌月で終わることは一般になく、長期にわたって指導管理を継続する必要がある。特にセルフケアが十分でない患者に対しては、継続的な支援は欠かせない。当該指導管理の需要は高いが、現在は無料で施行するしかない現状となっており、必要に応じて算定可能とすべきである。	・ドレナージ用ベッド、枕などの寝具 ・患者に合わせたテープなどの小物				
○	58	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8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9週目以降も算定対象とする	平成26年度診療報酬改定では、療養病棟および精神病棟において、薬剤師の継続した病棟薬剤業務の実施が評価され、制限が8週間に緩和された。しかしながら、8週以降においても処方提案や副作用モニタリング等の病棟薬剤業務を実施している。継続的な薬物療法の安全管理が不可欠であり、9週目以降も算定対象とするよう要望する。					
	59	薬剤	改正	G020	無菌製剤処理料の増点	イ(1)150点 (2)100点 □ 50点	イ(1)200点 (2)150点 □ 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賄えないため、増点を要望する。					

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
	60	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致料にて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する。					
	61	薬剤	改正	F000 F500注3	調剤料	0点(F000) 10点(F500注3)	増点 40点	患者の高齢化により、錠剤の粉砕・一包装調剤が増加している。患者アドヒアランスの向上には患者のニーズやQOLに応じた調剤が必要であり医療安全上からも重要であるが、医科点数表では認められていないことから増点を要望する。また、外用薬の混合調剤点数には調剤点数表とに格差が生じていることから、増点を要望する。					
	62	薬剤	改正	B014	退院時薬剤情報管理指導致料	90点	150点	地域包括ケアシステム構築に向けて薬剤師による患者への退院から在宅へのシームレスな薬学的管理が評価されている。病院薬剤師による退院時の服薬指導とは、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称(副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。)に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する指導であるが、現行の90点では低いため業務量に見合った点数の引き上げを要望する。					

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
	63	薬剤	改正		他の医療機関に転院する場合の退院時処方箋の取扱い	投薬に係る費用が包括されている入院基本料(療養病棟入院基本料等)又は特定入院料(特殊疾患病棟入院料等)を算定している患者に対して、退院時に退院後に在宅において使用するための薬剤(在宅医療に係る薬剤を除く。)を投与した場合は、当該薬剤に係る費用(薬剤料に限る。)は、算定できる。	他の医療機関に転院する場合にも、退院時処方を認めていただきたい。	2014年6月に成立した医療・介護総合確保推進法による病床機能分化が進む中、より一層の地域連携の強化と退院支援が必要となる。現行では以下の場合、転院元が患者に対して退院時処方をしていないと、転院先でのすみやかな薬剤の調達ができず、患者に不利益を及ぼすことが懸念されるので、改善を要望する。 ①転院先において、転院元が投薬している専門科がない場合 ②転院先において、転院元が投薬している薬剤を取り扱っていない場合 ③投与日数は上限14日とする					
○	64	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Ⅱ 100点 検体検査管理加算Ⅲ 300点 検体検査管理加算Ⅳ 500点	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。 検体検査管理加算Ⅱ 300点 検体検査管理加算Ⅳ 500点	専任の検査医(病理医や外来診療を行っている内科医など)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
○	65	臨床検査	改正	D215	超音波検査の回数要件緩和(回数限度の引き上げ)	通知(1)「1」から「5」までに掲げる検査のうち2以上のものを同一月に同一の部位について行った場合、同一月に2回以上行った場合の算定方法の適用においては、同一の検査として扱う	通知(1)「1」から「5」までに掲げる検査のうち2以上のものを同一月に同一の部位について行った場合の算定方法の適用においては、同一の検査として扱う。同一月に2回以上行った場合は、検査目的が異なり、部位が異なる場合は、同一月に3回まで遡減なく算定できる	異なる疾患に対し、それぞれ異なる部位で検査を行った場合(例えば、消化器内科の上腹部と婦人科の子宮など)は、検査部位・検査回数が増えるごとに検査に要する時間・労力が増える。異なる疾患に対し異なる検査目的で検査を行った場合は、部位数に応じた算定が可能となるよう要望する。					

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
	66	臨床検査	改正	D011・K920(注6)	不規則抗体検査の算定基準・算定方法の見直し	<p>・不規則抗体検査は、輸血歴又は妊娠歴のある患者に対し、通知(2)で定められた特定の手術が行われた場合に、手術当日に162点(D011:免疫血液学的検査)を算定。また、手術に際して輸血が行われた場合は、本検査又は区分番号「K920」輸血の「注6」に定める不規則抗体検査加算のいずれかを算定する。</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点を算定(K920輸血料注6:不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず1月につき200点を所定点数に加算する。ただし、頻回に輸血を行う場合にあっては、1週間に1回を限度として、200点を所定点数に加算する。)</p> <p>*頻回輸血の定義:通知(15)「注6」の頻回に輸血を行う場合とは、週1回以上、当該月で3週以上にわたり行われるものである。</p>	<p>・162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、輸血の可能性のある場合、検査当日に162点算定。(通常は1回/月、頻回輸血の可能性のある場合は1週間に2回を限度とする。)</p> <p>・38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38点を算定する(通常は1回/月、頻回輸血の場合は1週間に2回を限度とする)。</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162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。まったく同じ検査なのに、輸血実施の有無により点数が異なるのはおかしい。また、現状では特定の手術以外にも輸血の必要な場合は多い。定められた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。実際に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。血液製剤の廃棄減少と安全な輸血のためにタイプアンドスクリーン法が推奨されているが、算定日の要件はタイプアンドスクリーン法が普及しない原因の一つになっていると思われる。また、タイプアンドスクリーン法では通常、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>					

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	D012-27	ノロウイルス抗原定性の算定要件の見直し・患者制限の緩和	ノロウイルス抗原定性 150点 ア)3歳未満の患者 イ)65歳以上の患者 ウ)悪性腫瘍の診断が確定している患者 エ)臓器移植後の患者 オ)抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、または免疫抑制効果のある薬剤を投与中の患者	ノロウイルス抗原定性 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である。また、重篤例や死亡例も発生しているため病原体特定の必要性は高い。					
	68	臨床検査	改正	D019	細菌薬剤感受性検査の増点	1菌種170点 2菌種220点 3菌種以上280点	1菌種200点 2菌種280点 3菌種以上370点 (1菌種あたり30点増点)	薬剤感受性検査は、薬剤感受性検査のみならず耐性菌の確認検査まで行うことが求められているのが現状であるが、耐性菌検査のコストは全て持ち出しとなっている。近年では各種耐性が日常的に検出されるようになっており、2014年9月には感染症法が改正され薬剤耐性菌について、感染症を届けるだけでなく、アウトブレイクが考慮される事例の行政への相談などが明記されている。治療の為に抗生剤選択だけではなく、感染対策上、薬剤感受性検査は耐性菌の確認検査まで行うことが求められている。耐性菌検査コスト分を一律に増点してほしい。					
	69	臨床検査	改正	D400	血液採取料の再増点	静脈 20点 注2 6歳未満は14点加算	静脈 40点 注2 6歳未満は30点加算	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、人件費を除き実際には400円程度のコストがかかっており、持ち出しになっている。					

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
	70	臨床検査	改正	N004	細胞診:液状化検体細胞診加算の見直し(コスト割れの是正)	<p>1 婦人科材料等によるもの150点</p> <p>2 穿刺吸引細胞診体腔洗浄等によるもの190点</p> <p>注 1について、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、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、18点を所定点数に加算する。</p> <p>2について、過去に穿刺し又は採取し、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、液状化検体細胞診加算として、85点を所定点数に加算する。</p>	<p>1 婦人科材料等によるもの150点</p> <p>2 穿刺吸引細胞診体腔洗浄等によるもの190点</p> <p>注 1婦人科材料等、2穿刺吸引細胞診、体腔液等の区別なく、固定保存液に回収した検体から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50点を加算する。</p>	<p>現在、固定保存液に回収した検体からの液状化細胞診標本作製が一般化しており、細胞診断の正診率の向上に繋がるとされているが、多額のコスト割れと算定要件の現状との乖離のため、要件の見直しと統一を要望。液状化細胞診標本は通常の塗沫法に比べてランニングコストが500円以上高く、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。現行の婦人科材料等液状化検体細胞診加算18点では、コスト割れしており、普及が進まない原因となっている。また、婦人科細胞診以外では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。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すべてにおいて、所定点数に50点を加算してほしい。</p>	<p>消耗品材料費(フィルター、バイアル、スライドガラス等)で一検体あたり500円以上、LBC作製機導入では1000万円必要。</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
	71	臨床検査	改正	N006 注1	病理診断料の月一回算定を毎回算定に	組織診断料400点 月1回に限り算定。 区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。	区分番号N000に掲げる病理組織標本作製に基づく診断を行った場合に、月2回目以降も組織診断料400点を毎回算定する。	病理診断は、最終診断だけでなく、治療効果の判定にまで関わる重要な検査であり、同一月に複数の診断が必要になる場面が多数存在する。しかし現状では、例えば同一月に異なる臓器の病変に対して複数の病理診断が行われた場合でも月1回のみ算定となっている。病理医が国民・臨床医に対して細部にまで責任ある診断を提供するためにも、病理診断料の毎回算定が求められる。					
	72	臨床検査	改正	3-1-1	外来迅速検体検査加算の項目限度数の引上げ	5項目を限度として、検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算	10項目を限度として、検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算	診療に必要な検査項目は5項目以上あり、実際に5項目あるいは10項目を超える検査を行っている。必要な検査を実施した場合は、10項目まで診療報酬が算定できるよう要望する。					

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
○	73	放射線	改正	施設基準	冠動脈CT撮影加算	画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと	この項を削除	冠動脈CTは虚血性心疾患の評価に大変有用であり、観血的な心血管カテーテル法を用いずに冠動脈の評価が可能である。循環器疾患の診断治療を主な目的としているのであるが、画像診断管理加算2の施設基準を満たすための要件である読影に関する制約が、有用な冠動脈CTの普及を妨げる形となっているため。					
○	74	放射線	改正	M001 注3	体外照射用固定具加算における頭頸部腫瘍のみへの限定解除	0点	1000点	前立腺癌や肺癌などの高精度放射線治療においては体幹部の固定は必須であり、頭頸部への限定は解除し、体幹部に対しても同等(1000点)の加算をつけていただきたい。		1	3	3	60分
	75	放射線	改正	M000-2	放射線治療	ストロンチウムによる骨転移疼痛緩和療法の保険適用	出来高の算定にする	塩化ストロンチウム(89Sr)注射薬は、がんの骨転移による疼痛の緩和に大変有用であるが、塩化ストロンチウム(89Sr)注射液が高価であるため、包括支払とせずに出來高で算定できるように希望する。					
	76	放射線	改正	E101-2 E101-3	PET/CT算定要件	てんかん若しくは心疾患の診断または悪性腫瘍の病期診断または転移再発の診断を目的 〈要件〉 他の検査、画像診断により病期診断、転移、再発の診断が確定できないもの	〈要件〉 他の検査、画像診断により病期診断、転移、再発の診断が確定できないもの や治療後に転移や再発を否定できないもの	悪性腫瘍の治療後に認められる再発や転移はPETで発見されることが多いが、CTやMRIのみでは判定困難であることが多い。CTやMRIを施行せずにPETを施行する方が医学的にも効率的にも有用と思われるため、要件の「他の検査、画像診断により転移・再発の診断が確定できない患者」の「画像診断」の記述を外してもらいたい。					

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
	77	放射線	改正	E101-2 E101-3	ポジトロン断層撮影 ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影	7000点、7500点、7625点、8625点	DPC包括ではなく、出来高算定にしていきたい	PET-CTは、診療上必要であるが予定外入院が多い病院では、どうしても入院中に撮影せざるを得ない。是非、出来高算定にしていきたい。		1	1	1	120
○	78	栄養	改正	入院時食事療養費	増額	入院時食事療養費Ⅰ 1食につき 640円 特別食加算 1食につき 76円	入院時食事療養費Ⅰ 1食につき 710円 特別食加算 1食につき 85円 治療を目的とした食事であることの専門性を評価してほしい。 また、消費者物価指数上昇分および消費増税を加味した金額を要望 (病院で使用するに相応しい食材のほか、機器類、光熱水費、人件費の推移を考慮)	治療効果を高めて早期退院を目指すには入院中の食事の喫食率を高め栄養状態の維持改善が重要であることは周知の事実である。そのため安全で良質な食事提供を行う必要がある。安全性の確保された良質な食材にはそれ相応の対価も必要である。また、早期退院を目指すため栄養管理上、栄養補助食品の利用も増加し食材料費が増している。 多種多様な治療食の提供には献立作成から調理までの専門的知識及び技術が必要である。それら人材確保が厳しくなっている。 総務省統計局資料によると消費者物価指数は2010年度を100とした場合、2014年度は103.1と物価上昇している。 平成26年度診療報酬改定時に消費税8%へのアップ分が盛り込まれなかった。消費税10%も予定されている。食材料費のほか委託費、機器類更新、にも同様に消費税がかかる。また、光熱水費の価格上昇もある。					

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
○	79	栄養	改正	B001-09 B001-10 B001-11	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の対象疾患拡大 及び算定要件の緩和	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左記要件の緩和 ・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左記要件に追加 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 ・低栄養 ・摂食嚥下障害 ・がん患者	①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。 ② ・低栄養については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(COPD、廃用症候群など)。 ・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。					
	80	栄養	改正	B001-10	入院栄養食事指導料 回数制限の緩和	入院中2回まで ただし、週1回を限度	入院中4回まで ただし、週2回を限度	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。					

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
	81	栄養	改正	B001-09 B001-10	外来栄養食事指導料 入院栄養食事指導料の対象疾患拡大 及び算定要件の緩和 (小児・小児精神)	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	左記に加えて小児に対する全ての栄養指導を算定対象とすることを望む	①小児は代謝異常、心疾患、重症心身障害児等、栄養管理を必要とするものが多い。小児は疾患治療だけでなく成長のためにも栄養管理は重要であり、全てが個別指導となるため。 ②特に児童・思春期の摂食障害に対する栄養指導の依頼が増加している。状況に応じた多様な食事内容の工夫が求められる。					
	82	栄養	改正	H004	摂食機能療法 管理栄養士による食事指導も評価対象とする	算定対象職種 管理栄養士は対象職種に含まない	管理栄養士による誤嚥予防のための食事内容の指導についても算定可能とする	近年、摂食嚥下機能に障害を持つ患者に対し、管理栄養士も経口摂取を促進するため機能回復や誤嚥予防に貢献している。退院後、特に在宅において安全かつスムーズに食事提供がなされ再入院のリスクを軽減するためには家族等、食事調製担当者への管理栄養士による指導が欠かせない。					

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
	83	栄養	改正	入院時食事療養	特別食加算対象 疾病拡大	疾病治療の直接手段として医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特別食	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 ○嚥下障害対応食 ○アレルギー対応食	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 ○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。(病名:脳血管疾患、神経系疾患、食道術後、頸頭部がん術後など) ○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大変時間を要する。調理に人手を要し、特殊な食材調達など費用がかかる。対象食材の除去の程度としてエキスやコンタミネーションによるリスクも回避する必要があり、別調理対応で食事提供する食事について加算。					
	84	栄養	改正	B001-09 B001-10 B001-11	栄養食事指導料の増点	外来栄養食事指導料 130点 入院栄養食事指導料 130点 集団栄養食事指導料 80点	外来栄養食事指導料 200点 入院栄養食事指導料 200点 集団栄養食事指導料 100点	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。					

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
	85	栄養	改正	A233-2	栄養サポートチーム加算の増点	週1回200点 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 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。					
	86	栄養	改正	C009	在宅患者訪問栄養食事指導料の対象疾患の追加	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	特別食の対象疾患でないがん、低栄養、嚥下障害の追加	現在の在宅患者訪問栄養食事指導は特別食加算の対象疾患のみに認められているが、在宅における食生活は低栄養やがん治療中、嚥下障害などによる摂取不良が問題となっており、そのための栄養食事指導が必要になっているため、その分についても加算を認めていただきたい。					

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
○	87	臨床工学	改正	B011-4	医療機器安全管理料	臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合(1月につき)100点 通知: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をいう。	生命維持管理装置を用いて治療を行う場合(1月につき)200点に増点。 算定対象機器(使用中の不具合が起これば生命に直結する機器)の拡大(体外式ペースメーカー、電気メス、非観血式自動血圧計、パルスオキシメーター、輸液ポンプ、シリンジポンプ等) 生命維持管理装置以外を用いて治療を行う場合(1月につき)100点。	「医療機器安全管理料」という算定項目名だが、内容は「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、除細動装置及び閉鎖式保育器」となっている。しかし管理料算定対象外の機器は院内に多数存在し、これらの点検も十分に行う必要がある。また、点検を行うには機種ごとに専用の検査機器等が必要であり、検査機器の性能維持のため、定期的な校正費用も発生する。これらを勘案し、算定対象を使用中の不具合が起これば生命に直結する機器に拡大し、増額を要望する。 現状では適切な保守管理がなされず、老朽化した医療機器が多数存在し、医療安全上問題であると思われる。	FLUKE社製除細動テスト IMPULSE 7000DP定価 133万円 等				
	88	臨床工学	改正	B001-12	心臓ペースメーカー指導管理料 (イ)遠隔モニタリングによる場合	遠隔モニタリングによる場合550点 4月に1回に限り、来院時に算定することができる。	臨床工学技士による遠隔モニタリング管理 3月に1回に限り、来院時に算定することができる。	心臓ペースメーカー指導管理料の「イ」遠隔モニタリングについて、遠隔モニタリングによる体内植込み式心臓ペースメーカー等の機能指標の計測等の評価、管理については、医師の負担軽減も考慮し臨床工学技士が広く担当している状況にある。また、植込型除細動器は3ヶ月毎の指導管理を行っており、遠隔モニタリングの4月に1回の算定では十分な指導管理ができないことになっている。					

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
	1	医師	新設		へき地加算	なし	16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。					
	2	医師	新設	A 入院加算	被虐待対応加算	なし	虐待が疑われる児の入院時に、院内CAP委員会を開催し、児童相談所に通告する体制を整えている場合の加算を新設	現状、数多く対応しているが保険点数で評価されていない。					
	3	医師	新設	A200-1	総合入院体制加算2に加算区分の新設		常勤の精神科がいることを要件に、現行の120点に60点を加算(180点)	これからの急性期医療は身体症状と精神症状を合併したリエゾンに対応することが求められている。それらに積極的に対応するためにも、常勤の精神科医がいることを要件に加算区分を新設し、評価することが必要である。					
	4	医師	新設	A226-2	緩和ケア診療加算2の新設	緩和ケア診療加算は精神科医の常勤が要件	加算2は一定の要件の元、精神科医が非常勤でも可能とする	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(例えば、週に1日以上緩和ケアラウンドに外部からの精神科医の派遣がある等)は評価すること。					
	5	医師	新設	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料3の新設	地域包括ケア入院医療管理料1・2	地域包括ケア入院医療管理料3の新設(1,800点)	地方の中小病院においては、医師・看護師をはじめ、理学療法士等の職員の確保は容易ではないことから、200床未満のいわゆる中小病院においては、リハビリを担当する理学療法士等については、専従ではなく専任でも可能としてほしい。					

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
	6	医師	新設	A310	緩和ケア病室入院料の新設	緩和ケア病棟入院料(病棟単位)のみ	へき地診療を担当する病院は病室単位	へき地診療を担当する病院はどうしても大型病床を持つことができないため、病棟単位の運営が難しい。しかし住民の需要は都市部、へき地に関わらず存在するため、地方都市中心より10Km以上離れる病院はこの要件の該当としていただきたい。					
	7	医師	新設	B001 24	外来緩和ケア管理料2の新設	外来緩和ケア管理料は精神科医の常勤が要件	管理料2は一定の要件の元、精神科医が非常勤でも可能とする	精神科の常勤医師がいなくとも、精神科外来を標榜し、定期的に緩和ケアのカンファレンスが開催されていることを要件に外来緩和ケアの取り組みを評価していただきたい。					
	8	医師	新設	B	発達障害児(者)に対するカウンセリング料		245点/1単位	生活や学習に対する医学的見地に基づく指導並びにアドバイスは、発達障害児(者)の医療的サポートの根幹をなす。しかし、これに対する診療報酬上の評価はなく、医師並びにST、OTのボランティアに近い診療報酬体系となっている。高度な専門性を必要とする発達障害に対する医療のレベルを担保するためにも、脳血管リハビリテーション料に相当する点数での保険収載を要望する。					

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
○	9	精神科	新設		慢性重症精神障害者入院施設管理加算		350点(1日につき)	<p>精神障害程度が重度かつ慢性化している精神疾患患者の対応を中心に行う病棟の場合、特に当直看護体制が通常より手厚い体制で実施しなければ、危険が伴う場合が多い。しかしながら、現状の診療報酬体系および看護基準の考え方では、夜勤体制を手厚くしても診療報酬としての増収は見込めず、かつ夜勤時間制限(72時間以内)により夜勤看護体制を手厚くすればするほど、人件費が増加してしまい、経営を圧迫することになる。</p> <p>そこで、慢性重症患者を数多く受け入れている病棟については、一定の看護要員基準(10対1以上)を満たすことを条件とし、当該病棟入院患者に対して入院料加算を算定する。(A211特殊疾患入院施設管理加算と同様の考え方)</p> <p>【主な施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 慢性重度精神障害者の対象:「GAFスコア30以下の状態が入院治療開始後6ヶ月以上継続している患者」の患者 対象病棟の患者基準:慢性重度患者数の割合(慢性重症患者比率)が5割以上の場合(10対1精神病棟基本料の入院時重症患者比率と同様の考え方)。 「A230-2精神科地域移行実施加算」または「A103精神病棟入院基本料注7精神保健福祉士配置加算」の届け出を要件の一つとする。 当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が3割以上を占めていること。 					

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
○	10	精神科	新設		重度薬物依存症入院医療管理加算		1. 30日以内 200点 2. 31日以上60日以内 100点 (1日につき)	薬物依存症に対する認知行動療法による薬物依存症治療プログラムを実施するに当たり、そのプログラム実施にあたっては、アルコール依存症以上に手数がかかる。例えばSMARPPと呼ばれる薬物依存症治療プログラムでは、12回または16回のプログラムを、医師、看護師、PSW、心理職など多職種チームにより実施する必要がある。入院患者に対しては算定できない認知行動療法を多職種チームで実践していくにあたり、教育訓練を受けた専門職による実施体制が必要となる。現行のアルコール依存症入院医療管理加算に準じた施設基準と算定要件を要件とする。					
	11	精神科	新設	I007	精神科作業療法(個別的对応の場合)		240点(1回につき)	精神科作業療法は、従来の集团的形態から個別の形態へと急速に変化している。認知症患者リハビリテーション料に準じて、精神科救急入院料または精神科急性期治療病棟入院料を算定している病棟に限り、入院後早期から3ヵ月後までに1人の作業療法士が20分以上の個別的对応を実施した場合に限り、算定する。					
	12	精神科	新設	I008-2 I009	精神科デイ・ケア、精神科ショート・ケア 20歳未満加算		200点(デイ・ケアの場合、1回につき) 100点(ショート・ケアの場合、1回につき)	20歳未満に対するデイ・ケア、ショート・ケアは、学校や専門機関(児童相談所、施設等)、家族との連携が重要であり、専門的な知識や技能を必要としている。成人の場合に加えて保育士などを加えた多数の職種が、多くの時間を院内、院外の関係者との連携に割いている。					

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
	13	リハビリ	新設		透析患者リハビリテーション料		透析中理学療法士が実施、月13単位まで	人工透析中の患者に対する運動療法は、最大酸素摂取量の増加や新機能の改善だけでなく精神心理状態の改善、QOLの上昇等が報告されている。 現状ではサービスで実施しているが、何らかの診療報酬の設定を要望する。					
○	14	看護	新設		認知症療養管理料	なし	認知症看護に係る専門の教育を受けた看護師が介入し、コンサルテーションを実施した場合 500点(1回/月)	高齢化社会の進行により認知症患者が増加することが予測される。認知症患者および家族のQOLを向上するためには専門家の介入が不可欠であり、実際、認知症看護認定看護師が、認知症患者のQOL向上に向けた介入を行っている。それらの活動が診療報酬上、評価されていないため、専門的教育を受けた看護師の介入について新たな評価を要望。					
	15	看護	新設		指導管理料における手技料の新設	なし	手技料1回につき 下肢300点 上肢200点	平成22年に指導管理料100点が算定可能となった。リンパ浮腫は、治療とケアが遅れることで重症化し、患者のADLの自立を困難にしていたが、最近では専門領域の技術を有する看護師の増加により、重症化、合併症の予防を通して、QOLの改善につながっている。しかしこれら専門的なリンパマッサージ等の手技と要する時間に対しての診療報酬上の手当ではなく、指導管理料に含まれている。なお1回あたりの手技料は、自由診療での料金を参考にした。		1	1		下肢 40分 上肢 20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
	16	看護	新設		認知症看護管理加算	なし	認知症と診断された患者に対して個別に看護計画を立案、実施、評価していることに対する適正な評価を要望	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る。また、転倒、転落を予防するために現場は苦慮している。ますます高齢者が増加する中で、このような状態の患者に、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。					
	17	看護	新設		ハイリスク褥婦に対する母乳・育児管理指導料	なし	助産師が外来でハイリスク褥婦(高齢・合併症など)に30分以上の母乳・育児指導を実施した場合管理指導料200点(1回/月を限度)	現在、出産後の外来受診時に助産師による母乳・育児指導を実施している。高齢、合併症を持つ褥婦と、それに伴うハイリスク母子の増加に伴い、出産後の外来での母乳・育児指導を進めることは母子ともに健康で生活するために重要である。			1 (助産師)		30
	18	看護	新設		リラクゼーションケア(補完代替医療)を評価する項目の新設	なし	リラクゼーションケア料 1回200点	緩和ケア領域での患者への身体のマッサージ効果は、身体的・精神的苦痛緩和の効果があり、緩和ケアのひとつとして実施され効果を上げている。リラクゼーションケアに関する教育を受けた看護師等が実施した場合の診療報酬算定を要望する。	クリーム、オイル 1回 数百円		1		30

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
○	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、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する。 なお、がん患者指導管理料3を請求している場合は、二重に請求できないこととする。					
	20	薬剤	新設		退院から在宅へのシームレスな薬学的管理の評価		地域連携薬剤管理料 加算 1回 100点	地域包括ケア制度の構築に向け、退院から在宅へのシームレスな薬学的管理が重要となる。病院・薬局薬剤師の連携が不可欠であり、退院時の薬学的管理に関するカンファレンス、情報共有に対する評価を要望する。					
	21	薬剤	新設	A100	一般病棟入院基本料	看護配置、看護師比率など	チーム医療による評価(チーム医療加算等)	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。					
	22	薬剤	新設		薬剤師による外来患者の常用薬等調査業務の評価	外来受診患者について、病棟薬剤業務に擬する業務を行うことがあり、外来診療に役立っているが報酬が認められていない	100点/回	現在、入院決定時に入院手続きの説明等が行われているが、併せて薬剤師が手術予定患者等の常用薬を確認し抗凝固薬の中止を主治医に情報提供する等、外来から入院への安全な薬学的管理が不可欠である。外来患者の常用薬調査、当処方薬の服薬状況調査、有害事象の確認業務に対する評価を要望する。					

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
	23	臨床検査	新設	D011	不規則抗体同定	0点(未収載)	不規則抗体同定 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)。	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。(但し、実施件数は少ない。)	不規則抗体同定のコストは大体3000円程度。				
	24	放射線	新設	E001 E002	乳腺領域のトモシンセシス検査	なし	電子画像保存 58点 写真診断 96点 撮影デジタル 270点	マンモグラフィは2D画像でありカテゴリ分類で乳腺の重なりなどで困難な場合がある。そこでトモシンセシスによる追加撮像は、デジタル断層であるため乳腺と腫瘍の重なりが少ない画像を得ることができ有用と考えます。新しく有用な画像診断法であり広く普及させるためには診療報酬が必須と考えます。また、断層画像であるためデータ容量も大きく画像保存にも大きなコストが発生する。					
	25	放射線	新設		病棟ポータブル撮影に対する撮影加算の新設		1回につき150点	撮影技術および器材搬送などの人員確保に対する加算の新設(50/100)を要望します。					

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
	26	放射線	新設	E	放射線・MRI等医療機器保守加算		①単純撮影医療機器の日常の始業・終業点検・精度管理業務(自院にて実施) 各装置10点(月1回) ②CT・MRI等撮影機器の保守管理会社による点検業務 各装置100点(月1回) ③①及び②以外による点検 50点(月1回)	現在、放射線等医療機器の保守管理は、自院の放射線科で放射線技師が毎日実施している。CT・MRI等の画像医療機器は、保守契約している業者に精度点検を依頼している。医療機器安全管理料では、放射線治療機器の保守管理及び精度管理の体制が整えられている場合のみ算定可能となっているので、その他の放射線の医療機器についても適用を拡大してもらいたい。					
	27	栄養	新設		管理栄養士の病棟業務に対する評価	なし	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回の算定を要望	管理栄養士の専門知識を持って医師・看護師と連携し適切な食事選択及び提供による栄養状態の維持・改善が可能となる。入院直後から管理栄養士が患者の日頃の食習慣や食事状況を直接観察することにより安全で適切な食事への移行がスムーズに行える。また、退院後の在宅療養等を視野に入れ一貫した栄養管理が行えるようになる。それらの病棟における管理栄養士業務は、患者栄養状態と安全性の向上により、合併症予防、感染対策、在院日数の短縮や医療事故防止など、極めて有効であるとともに医師・看護師等医療者の業務軽減としても有効に機能する。					

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
○	28	臨床工学	新設		臨床工学技士によるペースメーカー植え込み時のデバイスチェックに係る算定		臨床工学技士によるペースメーカー植え込み時のデバイスチェックに係る算定 (手術1症例につき) ア 恒久型ペースメーカーの場合 100点 イ 両心室ペースメーカーの場合 300点 ウ 植込み型除細動器の場合 500点 エ 除細動機能付両心室ペースメーカーの場合 1000点	植え込み型ペースメーカーの植え込み時のデバイスのプログラミング、外来患者の定期的なデバイスチェックを行っている。 専門的知識を要するため臨床工学技士の診療算定を要望。					
	29	臨床工学	新設		手術室における医療機器管理料算定		手術室における医療機器管理料算定	昨今、内視鏡的手術での医療事故の問題が騒がれている中、手術室内での臨床工学技士による機器の常駐管理的な加算(内視鏡機器を含め)が必要と思われる。 手術室内の機器管理については医師、看護師では対応できない場合が多い。					
	30	臨床工学	新設	C107	臨床工学技士による、定期的な人工呼吸装置の保守、回路交換		在宅医療機器管理・指導料 655点/回 2回/月まで	2025年に向け、在宅医療の充実、重点化・効率化、 地域包括ケアシステムの構築等の着実な実現にあたり、在宅における人工呼吸装置の安全管理は要用であり、医療機器管理の専門職による定期的な保守、ならびに呼吸回路の交換について評価をいただきたい。					

DPC要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
	1	①係数関係	a) 基礎係数	実績要件3 高度な医療技術の実施			DPC II 群要件の実績要件3として「高度な医療技術の実施」が挙げられている。具体的には外保連手術指数 手術実施症例件数を満たすことが要求される。この問題点として内科系技術の評価が考慮されていない点があげられる。過去の厚生白書に指摘されてから医療費体系は薬剤等の物を使用する医療行為だけでなく診察手術等の医療行為に対する評価も加味されるようになった。外科系の技術評価としては外保連試案が客観的指標として用いられているが内科系技術評価法は現状では不十分と言わざるをえない。内科系121学会によって構成される内科系学会社会保険連合(内保連)は2013年に内科的技術評価法の一つとして内保連グリーンブックを作成した。この中で誰がみても内科治療上きわめて労力を要する28の重篤な急性疾患 病態が抽出され「特定内科診療」として挙げられている。外科系、内科系の技術評価の公平性の点からも「高度な医療技術の実施」要件にこの特定内科診療疾患を評価の対象として加えることが必要と考える。
○	2	①係数関係	c) 機能評価係数Ⅱ	6) 地域医療指数			機能評価係数Ⅱの地域医療指数(体制評価指数のポイント制)は、Ⅰ・Ⅱ群を上限10ポイント、Ⅲ群を上限8ポイントとして評価しているが、地域医療への貢献を表す本指標は、すべての群を全12ポイントで評価すべきである。 また、機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分(重み付け)において、将来の医療提供体制構築に係る本指標(5疾病5事業)については、その重要性に鑑み、より配分を重くすべきである。

DPC要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
○	3	①係数関係	c) 機能評価係数Ⅱ				機能評価係数Ⅱ計算の対象症例のルールの見直しを要望する。院内で「その他病棟」に転棟した場合は、機能評価係数Ⅱおよび調整係数の計算対象外となっており、この症例が複雑であっても、効率的な医療を行っていても評価の対象とならない。今後、院内で複数の病棟を持ち、急性期の状態を脱した患者を「その他病棟」へ転棟させる等の機能分化を図っていくことが考えられるが、「その他病棟」へ転棟した場合でも急性期病棟での治療を適切に評価していただきたい。病床の機能分化を進める上でも必要な変更と考える。
	4	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	b) 手術・処置1・2	呼吸器系疾患	0040 肺の悪性腫瘍	xx9905xx	<p>肺癌治療で使用するザーコリカプセルを入院中に使用した場合、手術・処置2「5」の分岐が発生するが、ザーコリカプセルの薬剤料に対して、評価点数がかなり低い。ザーコリカプセルを独立した分岐とし、適切な点数設定がなされるよう要望する。</p> <p>なお、以下に同一の分岐に設定されている薬剤の試算を記載する。</p> <p>ゲフィチニブ(1日薬価 6,712.70円)「イレッサ錠250mg、6712.70円」1日1回 クリゾチニブ(1日薬価24,052.80円)「ザーコリカプセル250mg、12026.40円」1日2回 エルロチニブ(1日薬価10,642.60円)「タルセバ150mg、10642.60円」1日1回 アフアチニブマイレン酸塩(1日薬価11,198.50円)「ジオトリフ400mg、11198.50円」1日1回 アレクチニブ塩酸塩(1日薬価13,249円)「アレセンサ40mg、1763.90円×7+20mg、901.70円×1」1日1回300mg</p>

DPC要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
○	5	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	b) 手術・処置1・2 c) 定義副傷病	呼吸器系疾患	0080 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎		<p>本診断群は症例数が多く、さらに精緻化が必要である。</p> <p>①「G005中心静脈注射」が行われている場合、平均在院日数で3倍長く、出来高比較で平均的にマイナスとなる傾向がある。手術・処置等2へ「G005中心静脈注射」を追加すること</p> <p>②75歳以上の高齢者では、74歳以下と比較し、在院日数が2倍程度異なることから年齢分岐が必要</p> <p>③副傷病に敗血症、DICがある場合 在院日数が1.5～2倍長く、医療資源投入量も多く大きくマイナスになる傾向が認められるため定義副傷病として分岐が必要</p> <p>④肺炎重症度による分岐も必要。</p>
					0081 誤嚥性肺炎		<p>本診断群は症例数が多く、さらに精緻化が必要である。</p> <p>①「G005中心静脈注射」が行われている場合、平均在院日数で2倍長く、医療費投入量も増加する傾向がある。手術・処置等2へ「G005中心静脈注射」を追加すること</p> <p>②14歳以下と15歳以上では在院日数が2倍程度異なり、医療資源投入量も異なるため、年齢による分岐が必要。</p> <p>③副傷病に敗血症、DICがある場合 在院日数が1.5倍程度長く、医療資源投入量も多く大きくマイナスになる傾向が認められるため定義副傷病として分岐が必要。</p>
	6	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	b) 手術・処置1・2	女性生殖系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	0070 卵巣の良性腫瘍		<p>治療内容にあわせて、悪性の病名やコードをつけるように、「卵巣腫瘍のうち、卵巣腫瘍中間悪性群(D391)は良性腫瘍と悪性腫瘍の中間的性質を持つが、臨床的な判断で、悪性腫瘍(卵巣癌)に準じて治療を行っている場合は、卵巣癌(C56)を選択する。」とDPC/PDPSコーディングテキストに記載されているが、病名やコードは正しくつけなければ、統計でカウントすることもできなくなる。病名は正しくつけることを明記した上で、卵巣腫瘍中間悪性群(D391)を、120010卵巣子宮付属器の悪性腫瘍の分類に移動し、適切に病名および化学療法を選択できるようにして頂きたい。</p>

DPC要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
○	7	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	病名選択 診断群分岐	循環器系疾患	0050 狭心症、慢性虚血性心疾患 0080 弁膜症(連合弁膜症を含む。) 0130 心不全		①コーディングテキストでは、「原疾患として心筋症、心筋梗塞等が明らかな場合は心不全として処理をせず原疾患を医療資源病名として選択する。」と記載されているが、治療内容、医療資源投入量とも原疾患と心不全では異なることから、医療資源投入量の多寡の判断により、心不全とするか、原疾患とするか選択するようにコーディングテキストの変更を要望する。 ②原疾患の治療を中心に行っている場合は、原疾患の診断群を選択した上で、心不全を定義副傷病として選択できるよう分岐を要望する。 ③カテーテル検査を行っている場合、「検査のみ」の入院と「検査と治療」を行っている場合では医療資源の投入量が異なるため、「検査のみ」か「検査と治療」かを適切に分類できる仕組みを要望する。 ④予定入院か予定以外の入院かにおいて在院日数が異なるため、DPCの8桁目(年齢・体重・JCS条件等)で予定入院の有無の分岐を入れることで適切に緊急入院に対する治療が評価されることを要望する。
○	8	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)	小児疾患	0070 川崎病		川崎病の治療において、年長児では、γグロブリン製剤の投与量が多く、また、複数回の投与を必要とする重症例が多い。γグロブリン製剤の使用により、年長児では病院の持ち出しが極めて多額となる症例があるため、現状の2歳未満、2歳以上の年齢分岐に5歳以上の年齢分岐の新設を要望する。
	9	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)	耳鼻咽喉科系疾患	0270 上気道炎		当該分類の「J06.0 急性咽頭喉頭炎」は疾病分類上、「030240扁桃周囲膿瘍、急性扁桃炎、急性咽頭喉頭炎」が妥当と思われる。
	10	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)	循環器系疾患	0030 急性心筋梗塞(続発性合併症を含む。)、再発性心筋梗塞		tPAを使用した症例。SPECTと同様のコーディングになり、全く違う内容なので細分化を望む。

DPC要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
	11	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)	消化器系疾患・肝臓・胆道・膵臓疾患	0280アルコール性肝障害		肝硬変のうち、アルコール肝硬変のみ別の診断群になっているが0300肝硬変の分類に移動されたい。肝硬変のうちアルコール肝硬変はK70で分類されるが、治療内容は他の原因による肝硬変と変わらない。血液製剤の使用や中心静脈注射などの処置を行っても全く分岐のない現行の診断群では、適切なコストが算定できない。また、アルコール性肝硬変と適切な病名をつけた場合に診断群の評価が低く、単に肝硬変とした場合に点数が高くなってしまふのでは適切な診断群を選択されない可能性がある。
○	12	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)				嚥下障害による胃瘻造設目的で入院の場合、コーディングテキスト(P.31)より、「その状態に至る原因となる病態を医療資源病名とする」とあるが、例えば、脳出血による嚥下障害の場合、医療資源病名は「脳出血」となる。診療行為自体は胃瘻造設に関連した行為しかないが、診断群分類は脳出血となるのは不適切である。原疾患に対する治療を行っていない場合は嚥下障害(R13)を医療資源病名としてコーディングすべきと考える。
	13	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)				小児医療施設のDPC加入病院が増加してきているため、診断群分類について小児と成人を分ける。小児と成人(特に高齢者)では在院日数、医療資源投入量が異なり、同一の診断群として評価すると患者の年齢分布により大きな不公平が生じる。不公平の一部は調整係数で緩和されていたが、調整係数を解消するに当たっては、適切な年齢による分岐を設け診断群を精緻化する必要がある。この場合、小児の入院料は減額となるため、小児の年齢分岐の導入に当たっては、同時に、小児入院医療管理料等、小児関連の特定入院料のDPC加算分の増額が必須である。

DPC要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
	14	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)				無熱性痙攣R568が分類される診断群の新設を要望する。小児が発熱を伴わないけいれんで緊急入院する場合、医師が「無熱性痙攣」「軽症下痢に伴う新生児痙攣」と診断することが多い。診断群が決定できないため他の病名を「医療資源を最も投入した傷病名」とせざるを得ない状況で有り、不適切なコーディングとなっている。無熱性痙攣(R568)も医療資源病名として選択できる様にすべきである。
○	15	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)				敗血症、播種性血管内凝固については、重篤な一時期の医療資源投入量としての他の疾患の医療資源に与える影響が大きいと思われる。このため、特に副傷病に存在するとき在院日数延長、医療資源の投入量増加が認められる下記診断群について、敗血症、播種性血管内凝固を定義副傷病名とし、分岐設定を要望する。 ①敗血症については、 040080:肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎、040081:誤嚥性肺炎、040110:間質性肺炎、060370:腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く)、080011:急性膿皮症 ②播種性血管内凝固については、 040080:肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎、040081:誤嚥性肺炎、060335:胆嚢水腫、胆嚢炎等、060340:胆管(肝内外)結石、胆管炎、060370:腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く)、110310:腎臓または尿路の感染症、130030:非ホジキンリンパ腫
	16	④他院受診					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要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
	17	⑥データ提出加算					親様式0、Bを廃止するよう要望する。 その他病棟のデータ提出が開始された。DPC病棟、精神病棟、その他病棟とそれぞれ子様式を作成した上で、親様式0、一連の再入院がある場合は親様式A、Bなど多くの様式が必要になり、作業が複雑となっている。また、親様式0、Bでは中に含まれる診断群、診療科も複数あり、全体の医療資源病名を決定することは医師と相談しても困難なため。子様式と重複し、支払いに直接関連しない親様式の廃止を要望する。(親様式Aは一連の支払いと関連するので必要なことは理解出来る)
	18	⑥データ提出加算					データ提出方法が記録媒体かつデータ提出機会が1回のみであり、データの破損等があった場合に当該加算に係る係数算定を認めないというのは、あまりにも厳しすぎる。このようなペナルティルールを廃止するか、オンラインなど、医療機関が安心でき確実にデータ提出方法を要望する。
○	19	⑥データ提出加算					様式1調査項目について、負担が大きく、軽減を図られたい。 1. 下記項目を削除されたい。 A000070 ②前回同一疾病で自院入院の有無(短期ならデータベースで判定可能、長期間は不要とおもわれる。) A001010 ②身長(看護師の負担になり、利用目的も不明確) A001020 ③喫煙指数(入院医療に直接関係しない) M040010 ②Hugh-Jones分類(肺炎重症度指数の評価に統一) 2. 下記項目の対象を限定されたい。 A002010 ②現在の妊娠の有無 (MDC12のみにする、他の分類では用途不明確) CAN0020 ③UICC病期分類(T)、④UICC病期分類(N)、⑤UICC病期分類(M)、⑥UICC病期分類(版)、CAN0030 ③癌取り扱い規約に基づくがんのStage分類 (悪性腫瘍手術施行時に限定する。初回診断時に判断するもので有り、今回の入院単位の評価であるDPCとは定義が異なるため。)

DPC要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
○	20	⑧その他	病理組織標本作成				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においては、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を要望する。
	21	⑧その他					患者への入院診療計画書とともに診断群分類説明の義務付けの撤廃を要望する。入院時点では患者の診断群分類は変更する可能性は十分にあり、患者に余計な不安や誤解を与えることになりかねないため。また緊急入院では病名以外に診断群まで選択することが医師の負担を増大させるため。
	22	⑨再入院ルール		外傷・熱傷・中毒			全ての診断群分類番号において、上2桁が同一である傷病名での前回退院後7日以内の再入院について、前回入院から一連の入院とみなすのは不合理である。特にMDC16(外傷・骨折)において、退院後7日以内にまったく別部位の外傷・骨折での再入院の場合であっても、前回の入院と一連とみなされることは不合理であり、外傷(異なる受傷日)については例外として頂きたい。