

令和 8 年度 社会保険診療報酬に関する 改正・新設要望書

令和 7 年 5 月 28 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
診療報酬対策委員会及び DPC 小委員会 委員名簿	P.2
出来高 重点要望	P.3
D P C 重点要望	P.13
出来高 改正要望	P.14
出来高 新設要望	P.31
D P C 要望	P.38
出来高 改正要望参考資料	P.39

はじめに

全国自治体病院協議会の会員病院は、都市部から離島・へき地に至るさまざまな地域において、救急医療、小児・周産期医療、災害医療などの不採算医療や高度・先進医療を担っており、住民の生命と健康を守り地域医療を支えています。ようやく落ち着いた新型コロナウイルス感染症への対応では、会員病院の9割以上が重点医療機関あるいは協力医療機関として患者を受け入れ、全感染症病床の3分の2を会員病院が占めていました。将来に対応が求められる新興感染症においても使命感を持って中心的な役割を果たしていかなければなりません。

当協議会では、それぞれの地域の特性に合わせ、必要な医療を安定的に住民に提供し、感染症など突発的な事態に対しても対応できるように、次期診療報酬改定において改善が必要な事項につき全会員病院への調査を実施いたしました。調査の結果、精神科を含む医師、看護、薬剤、リハビリテーション、事務、臨床検査、放射線、栄養、臨床工学の各部門から789項目（出来高690項目、DPC99項目（一部重複を含む））の要望が提出されました。「医療技術の適正評価と医療機関が良質な医療を提供するためのコストなど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、医療機能の分化・連携、チーム医療、医療DX、医療従事者の働き方改革等を確実に進めていくことができる診療報酬に向けて検討を重ねてきました。その結果、要望項目を109項目（出来高101項目、DPC8項目）、うち重点要望として35項目（出来高32項目、DPC3項目）を掲げて、次期診療報酬改定での改正・新設が不可欠と考える事項を取りまとめたものが本要望書です。

現在、多くの会員病院が担っている急性期医療においては、電気などエネルギーを多く消費する医療機器、手術、専門治療に必要な診療材料などの価格高騰とそれに伴う消費税増などの費用負担が増加し、病院経営に多大な影響を与えています。また、政府を挙げて賃金アップを推進したこと等により、ベースアップ評価料を大きく上回る人件費支出となり病院経営を圧迫しています。このままでは地域に必要な医療の提供が困難になるばかりか、新興感染症など不測の事態への対応が十分にできず、地域医療の崩壊も懸念されます。

特に、離島・中山間地等の中小病院においては、全国的な生産年齢人口の減少に加え若年者の都市部への流出により、限られた医療人材で医療体制を維持している現状です。医療人材不足の地方では診療報酬上の加算も人員配置要件により取得することができない状況です。算定に求められる実績や人員配置等については、都会の限られた施設しか取得できない厳しい要件ではなく、地方の中小病院においても算定が可能な地域性を考慮した要件等への緩和などのご配慮をお願いしたいと考えます。

すべての地域・世代の住民が、必要に応じて入院・外来医療を受けながら安心して生活ができる、と同時に医療従事者も持続可能な働き方が確保でき、物価・人件費・委託費が高騰するなか医療機関も安定した運営が可能となりますように、令和8年度診療報酬改定では後述する要望項目について、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よろしく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 望月 泉
副会長 小阪真二
診療報酬対策委員会委員長 大西祥男
DPC小委員会委員長 辰巳哲也

診療報酬対策委員会及びDPC小委員会 委員名簿(令和7年5月28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
大西 祥男	地方独立行政法人加古川市民病院機構理事長	担当常務理事	長	○
辰巳 哲也	京都中部総合医療センター 院長	担当常務理事	長代行	長
宮地 正彦	掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療センター 企業長兼院長	担当常務理事	○	長代行
貞弘 光章	山形市病院事業管理者	担当常務理事	○	
阪本 研一	美濃市立美濃病院 院長		○	
石原 淳	平塚市病院事業管理者		○	
大原 昌樹	綾川町国民健康保険陶病院 院長	中小病院委員会	○	
伊藤 昭英	市立千歳市民病院 院長	中小病院委員会	○	
北村 立	石川県立こころの病院 院長	担当常務理事 精神科特別部会	○	
加藤 順一	兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 名誉院長	リハビリテーション部会	○	
岡村 弘重	名寄市病院事業 事務統括監	事務部会	○	
辻 真由美	地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立多摩南部地域病院 看護部長	看護部会	○	
渡邊 篤	地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院 薬剤主任部長	薬剤部会	○	
北澤 淳一	青森県立中央病院 副院長兼臨床検査部長	臨床検査部会	○	
篠原 敦	大館市立総合病院 副診療局長	放射線部会	○	
松倉 時子	地方独立行政法人東京都病院機構東京都立小児総合医療センター 栄養科長	栄養部会	○	
峠坂 龍範	市立青梅医療センター 臨床工学科主査	臨床工学部会	○	
岩渕 勝好	山形市立病院済生館 副館長兼呼吸器内科長			○
長谷川 篤美	小牧市民病院 医療の質・安全管理室診療情報管理係長			○
森藤 祐史	地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター 医療情報部 診療情報管理室総括主査			○
小阪 真二	島根県立中央病院 院長	担当副会長	○	

「長」は委員長、「長代行」は委員長代行、○は構成員

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	A100	一般病棟入院基本料等	一般病棟入院基本料1 急性期一般入院基本料 イ 入院料1 1,688点 イ 入院料2 1,644点 イ 入院料3 1,569点 イ 入院料4 1,462点 イ 入院料5 1,451点 イ 入院料6 1,404点 等	入院基本料の大幅な引き上げ	入院基本料は基本的な入院医療の体制を評価しており、医学的管理、看護、寝具類等を所定点数の中で包括的に評価されたものでもあり、病院運営において非常に大切である。しかし、現行の点数は、昨今の諸物価・人件費・各委託費、建築費・資材の高騰など医療提供に必要となるコスト上昇分に対して対応できておらず、病院経営の持続性を確保し質の高い医療提供サービスを維持し、患者への適切なケアを継続する事が可能になるよう入院基本料の大幅な引き上げを要望する。					
○	2	医師	改正	A304	地域包括医療病棟の要件緩和	1)平均在院日数21日以内、2)重症度、医療・看護必要度(Ⅰ)16%(急性期一般入院料4相当)、3)在宅復帰の対象に、回復期リハビリテーション病院以外の転棟・転院は認められていない、4)ADL低下の割合が5%未満 5)理学療法士2名以上や管理栄養士1名以上の人員配置要件	1)平均在院日数28日以内、2)重症度、医療・看護必要度(Ⅰ)12%(急性期一般入院料5相当)、3)在宅復帰の対象に、地域包括ケア病棟を一定割合(在宅復帰全体の2割以下)まで認める、4)ADL低下の割合を15%未満とする 5)理学療法士や管理栄養士の人員配置の要件緩和	高齢者救急症例のなかには入院直後から積極的に退院支援を行っても退院まで日数を要する症例は一定数存在する。平均在院日数21日の要件は急性期一般入院料相当で短すぎる。特に、退院先施設が限定され自宅退院割合が高い地方医療圏でも算定出来るように28日に延長することが望ましい。回復期リハビリテーション病棟以外の病棟・転院以外は在宅復帰率の評価対象とはならないが、地域包括ケア病棟への転棟・転院も一定割合に限定して追加が望まれる。また、入院患者層を考えると、のべ必要度A3以上16%(Ⅰ)は急性期一般入院料4相当であり高すぎる。同じくADL低下割合5%未満の要件も厳しすぎる。また、地域によっては、理学療法士等2名以上や管理栄養士1名以上の人員配置の要件も厳しい。					
○	3	医師	改正	A301	特定集中治療室管理料およびその他の集中治療室管理料の専任医師の要件緩和	当該専任の医師は宿日直を行う医師ではないこと。	専任医師は宿日直を行う医師ではないことの廃止	令和6年度診療報酬改定により、特定集中治療室管理料1,2では宿日直を行わない専任医師を配置することが要件とされ、特定集中治療室管理料5,6では宿日直を行う専任医師を配置することも可能とされた。 勤務医の働き方改革の一環として、医師から多職種へのタスク・シフトを進め、勤務医の宿日直許可を得たことで、低い点数の施設基準を届出せざるを得なくなっている。これは「タスク・シフトや勤務医の負担軽減を進めると病院の収益が下がる」という結果につながっており、タスク・シフトや勤務医負担軽減を阻害していると考え。 当該治療室では「宿日直許可を得ていない医師の配置」よりも「急変時などに即刻医師が対応できる」ことが重要であり、必ずしも専任医師が宿日直を行っていない医師である必要はなく、宿日直要件の廃止を要望する。 同様に、その他の集中治療室管理料における専任医師についても宿日直要件の廃止を要望する。					

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
○	4	医師	改正	B001-2-5 B001-2-6	院内トリージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料の点数評価の見直しと増設	院内トリージ実施料 300点 夜間休日救急搬送医学管理料 600点 初診料を算定する患者のみ	院内トリージ実施料 現行の初診患者を1として300点とし、再診患者で急変・増悪等で時間外などの通常診療外で来院した患者について、2として150点の項目増設を要望する。 夜間休日救急搬送医学管理料 現行の初診患者を1として600点とし、再診患者で急変・増悪等で時間外などの通常診療外で来院した患者について、2として300点の項目増設を要望する。	院内トリージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料ともに初診料を算定する患者のみが対象となっているが、時間外にウォークインあるいは救急車で来院した患者は再診患者であったとしても既存疾患の増悪か新たな疾患の発症かの判断は難しく、病状評価のため再診患者についても初診患者と同様に院内トリージや必要な医学管理を実施している。初診患者だけでなく、再診患者も算定可能とする要件拡大を要望する。					
○	5	医師	新設		地域医療支援基幹病院加算	地域基幹病院に医師の地域派遣の役割が期待されるが派遣病院にとっては派遣メリットがないために施策が進んでいない。	医師を地域全体で最大限に活用する役割を果たす基幹病院を評価する。「地域医療支援部(仮称)」を病院内に設置し、派遣先の適切な選定と手当管理を行っている400床以上の臨床研修医制度基幹型病院を対象とする。派遣先は臨床研修医制度協力型病院の200床未満の中小病院とし、同一経営母体の病院間での派遣は対象外とする。一定以上の派遣実績を要件とし(病床数100床当り1日平均1人以上)、前期研修・専門医研修・当直および外来診察の非常勤務ほか派遣形態は問わない	地域基幹病院からの医師派遣に対して診療報酬が設定されれば医師不足地域での課題に対して効果的な医師確保策となり得る。派遣実績の設定については、既に地域の基幹病院で派遣を実施している病院を参考に評価できる基準を設定し、地域基幹病院から重点支援区域以外の病院への医師派遣に対しても診療報酬の新設を要望する。					
○	6	医師	新設	第4部画像診断通則6・7 /B005-11	遠隔画像診断及び遠隔連携診療料の対象拡大	遠隔支援している医療機関診療報酬がない。	医師間におけるリアルタイムオンラインコンサルテーションに関し診療報酬の対象としてほしい。	診療報酬は患者がいる病院にのみ付与されている。医師偏在、専門医偏在による医療過疎地、医師少数地域の医療に対応するために小児診療を含む一般診療、救急診療に際して、遠隔診断、コンサルト診療が必要である。患者がいない病院からの診療サポートには診療報酬が付与されていないので、付与することが必須と考える。					

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	精神科	改正	A249	精神科急性期医師配置加算の施設基準見直し	加算1:クロザピン新規導入患者数6件／年以上 加算3:クロザピン新規導入患者数3件／年以上	新規導入件数の要件の廃止	・クロザピン認可後10年以上を経過し、地方では対象者が少なくなっている。高齢者など合併症リスクの高い患者に無理に導入されることも懸念される。よって精神科急性期医師配置加算のクロザピン要件を外していただきたい。 ・具体的なデータをあげると、石川県立こころの病院に通院・入院中の統合失調症患者425人(外来308人、入院110人、途中転医7人)(平均年齢57.1歳、15～91歳)のうち、クロザリル治療歴がなく、GAF40以下93人(CP換算平均696mg/日)に対し、クロザピン導入の可能性を調査したところ、身体疾患のためクロザピン禁忌が11人、高齢のため導入のメリットが乏しい者51人、本人と家族がクロザピン導入を拒否する者19人、症状固定のため効果が期待できない者7人であり、クロザピン導入が検討される患者は5人(導入予定含む)にとどまった。(以上、投稿準備中) ・さらに石川県にはクロザリル登録医療機関が12施設あり、これは精神病床をもつ病院の67%に該当するため、他からのクロザピン使用目的での転院もほとんど期待できない。大都会を除く地域では、遠からず当院と同様の問題に直面すると思われる。					
○	8	精神科	改正	I002	通院・在宅精神療法	1 通院精神療法 ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合600点 (2) (1) 以外の場合550点 ハイ及びびロ以外の場合 (1) 30分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合410点 ② ① 以外の場合390点 (2) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合315点 ② ① 以外の場合290点	ハの項目の精神保健指定医を、精神保健指定医及び精神科専門医(専門医機構認定)とし、 ① 以外の場合(その他の医師)の要件を、日本精神神経学会精神科専攻医(または指定医取得のため研修中と病院長が認める医師)とする ・そのうえで、30分未満の精神療法を、指定医の場合330点、それ以外の場合を315点と、令和6年改定前の点数に戻す	近年通院精神療法の急増が指摘されているが、その理由として、精神科のトレーニングを受けていない医師(すなわち身体科の医師)による通院精神療法の増加が懸念されている。平成29年度の千葉県精神科診療所協会調査では、「精神科」を標榜する診療所259施設のうち、精神科医が診療していない施設は71施設(27%)であった。要件の「その他の医師」から身体科医師を除外し、精神科トレーニング中の医師に限定するには、精神科専攻医と精神保健指定医取得のために研修中の医師とすることで解決できる。ちなみに平成29年の志津雄一郎氏(千葉県精神科診療所協会会長)の試算では、身体科医師の通院精神療法を禁止することにより、633億円削減可能とある。					
○	9	精神科	新設	I001	入院精神療法(Ⅰ) 入院精神療法(Ⅱ)	・入院精神療法(Ⅰ)400点 ・入院精神療法(Ⅱ)150点 (6か月)それ以降80点	入院精神療法(Ⅲ) (非指定医、入院3か月以内、1回30分以上)	・専攻医など非指定医が急性期病棟で患者を診療する場合でも、精神療法Ⅱは週に2回しか算定できない。急性期においては手厚い治療が求められるので、指定医同様週3回認めるべきである。 ・これを算定する場合は、まず指導する指定医を定める。月に1回指導する指定医と治療計画等について協議し、指定医は指導内容をカルテに記載する					

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	リハビリ	改正	H007-2	がんリハ	外来でのがんリハは認められていない	外来でのがんリハ算定	がんの治療の進歩により外来での化学療法、放射線治療を行う患者が増加しているが、機能低下を認める患者も少なくない。現行の制度では外来でのがんリハはできないため入院する必要がある。外来でのがん治療継続にもつながるため、外来でのがんリハ承認を要望する					
○	11	リハビリ	改正	H000 H001 H002 H003	疾患別リハビリテーション料の増点	H000(Ⅰ)205点 H000(Ⅱ)125点 H001(Ⅰ)245点 H001(Ⅱ)200点 H001(Ⅲ)100点 H001-2(Ⅰ)180点 H001-2(Ⅱ)146点 H001-2(Ⅲ)77点 H002(Ⅰ)185点 H002(Ⅱ)170点 H002(Ⅲ)85点 H003(Ⅰ)175点 H003(Ⅱ)85点	各疾患別リハビリテーション料の増点(微増でもよい)	疾患別リハビリテーションにおいては急性期加算など加算による改定が行われているが、根幹の疾患別リハビリテーション料の見直しが数年見られていない。急性期を脱した患者においても、個別に丁寧な対応を継続していくことは、早期退院を促し、より自立した生活を獲得するために必要である。疾患別リハビリテーション料が増点することは、現場に携わる療法士のモチベーション向上にもつながる。					
○	12	リハビリ	新設		診療情報提供書作成に対する診療報酬の新設		診療情報提供書作成による診療報酬の新設を要望する	診療報酬の改定により、「医療・介護情報連携の推進にてリハビリテーション実施計画書等を提供すること」ということも加わり、医療・介護の情報連携が重要視されている。医師の診療情報提供書は診療報酬が策定されているため、コメディカルが作成する診療情報提供書の作成にも診療報酬の新設を要望する。					
○	13	事務	改正	A000 A001 A002	医療DX推進体制整備加算の見直し	マイナ保険証利用率の実績により点数設定。 医療DX推進体制整備加算1(医科12点) 医療DX推進体制整備加算2(医科11点) 医療DX推進体制整備加算3・4(医科10点) 医療DX推進体制整備加算5(医科9点) 医療DX推進体制整備加算6(医科8点)	電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスなど医療DX整備には高額な整備費用がかかるため評価の引き上げを要望する。	電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入を推進している。また、オンライン資格確認についても保険証の廃止に伴い公費医療を含めて保険資格確認をマイナ保険証で行うことになる。これら医療DXの整備は高額な導入費用が必要である。補助金による支援はあるものの費用のごく一部である。医療機関にとっては費用面・運用面にとって大きな負担となっている。医療DX推進体制整備加算は、質の高い医療を提供するために医療DXに対応する体制確保を評価するための点数であり、増点いただいたが医療機関の費用負担軽減目的として更なる引き上げを要望する。					

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
○	14	事務	新設		情報システム管理加算		IT人材の配置 月1回、150点	電子カルテや部門システムを利用・活用する上で、専門的な知識と経験を持つIT人材（システムエンジニア、医療情報技師等）の配置は必須となっている。病院では、独自採用あるいは委託や派遣によりその専門的な業務を実施している。しかし、現状では必要人数の配置の為に人件費は病院の大きな負担となっている。今後、医療DXならびに院内ITの推進、情報セキュリティの確保が重要となることを見据えて、IT人材の配置に対する加算（仮称：情報システム管理加算）の新設を要望する。					
○	15	看護	改正	A234	医療安全対策加算の増点	医療安全対策加算1 85点 医療安全対策加算2 30点	増点	医療安全対策において、担当部署の多職種構成による充実が求められており、業務内容も確実に増加している。現行の点数では担当者の業務量や人件費に全く見合っていない。必須と定められている感染対策向上加算と同列に増額を希望する。併せて加算2についても同様に要望する。					
○	16	看護	新設		継続看護情報提供加算（看護情報提供書作成に対する診療報酬の新設）		転院先医療機関やケアマネ・訪問看護師へ看護情報提供書の作成への評価として新設	患者の転院・退院時、紹介先医療機関や施設、介護支援専門員等へ看護情報として、食事・排泄・整容・ADL等患者が安全で快適な療養・生活を送る上で重要な情報を提供している。看護情報提供書の記載には時間を要しており看護情報を提供することに対しての評価新設を要望する。 看護上の情報をケアマネや転院先の看護職と共有し、継続した看護を提供することは重要で、そのために継続看護連絡書は有効である。地域完結型の医療体制の中、看護職は看護情報の提供に努めている現状があり、診療報酬が算定できることを希望する。					
○	17	看護	新設		特定行為研修修了者の活用に対する評価		特定行為研修修了者が関与した場合に評価する項目を要望する。	医師の働き方改革推進のため、特定行為研修修了看護師の積極的活用を促進する必要がある。					
○	18	薬剤	改正	A244	報酬点数の増点	病棟薬剤業務実施加算1（週1回）120点 病棟薬剤業務実施加算2（1日につき）100点	病棟薬剤業務実施加算1（週1回）200点 病棟薬剤業務実施加算2（1日につき）150点	現在、病棟薬剤業務は、医療の質の向上や患者安全の確保だけでなく、処方提案や継続処方の代行入力等、医師の働き方改革の観点からも不可欠となり業務負担が増大している。しかしながら、現行の病棟薬剤業務実施加算は、これらの業務負担を十分に反映しておらず、継続した業務遂行が困難な状況にある。安全で質の高い病棟薬剤業務の継続のためには人員の確保が必要であり、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
○	19	薬剤	新設		転院・転所先の施設との連携に関する薬剤情報提供書作成に対する評価		転院・転所先の医療機関・施設へ患者の服用薬の変更履歴、処方意図、アドヒアランスの状況、調剤上の工夫や副作用に関する薬剤情報提供書作成に対する評価を要望する。 転院時薬剤情報連携加算 100点	転院先の薬剤師と文書を用いて連携することは、治療や薬物療法の適切な継続、副作用や医療連携エラーの回避につながり医療安全・タスクシフトの観点からみても非常に有用である。患者の入院時に、他の医療機関等から提供された患者の服用薬の変更履歴、処方意図、アドヒアランスの状況、調剤上の工夫や副作用に関する情報等を薬剤部が一元管理し、医師等の医療従事者への薬剤情報提供書作成に対する評価を要望する。					
○	20	薬剤	新設		術前中止薬鑑別に対する加算の新設		術前中止薬鑑別に対する加算の新設 1回200点/月	現在、薬剤師は予定手術が決定した外来患者に対し服用薬の鑑別を行い、手術に影響を及ぼす可能性のある薬剤を医師に照会した上で、患者への適切な指導を行っている。また、必要に応じてかかりつけ薬局へ連絡を行い、1包化からの抜き取り等の依頼も行っている。特に、抗凝固薬や糖尿病薬などでは、薬剤師の専門的知見が不可欠であり、術後合併症のリスク低減や安全性向上に貢献している。医療の質向上と安全な周術期管理を推進するため、薬剤師による術前中止薬の鑑別・照会・指導業務に対し、新たな加算を要望する。					
○	21	臨床検査	改正	D026	国際標準検査管理加算	国際標準管理加算として、検体検査 管理加算(Ⅱ)～(Ⅳ)を算定した場合、40点を所定点数に加算する。入院患者のみに対して加算	①国際標準管理加算として、検体検査管理加算(Ⅰ)を算定した場合、10点を、検体検査管理 加算(Ⅱ)～(Ⅳ)を算定した場合、60点を加算する。 ②国際標準検査管理加算として、検体検査判断 料に20点を加算する。 ③入院患者、外来患者に関わらず加算	ISO 15189に基づく臨床検査室認定制度は世界各国で運用されており、国際標準検査管理加算として入院患者一人当たり月40点が算定できるようになり、認定取得施設数が増加して臨床検査精度の向上に寄与している。ISO取得施設ではISO関連業務の増大と多額の費用が課題となっている。国際標準検査管理加算算定は、外来患者に対しても入院患者と同様の国際標準検査 管理で検査が実施されているので、外来患者検査に対しても加算できる算定要件の変更を要望する。	JAB認定・維持費用、人件費、精度管理、校正にかかる費用				
○	22	臨床検査	改正	N002	免疫染色病理組織標本作製料の見直し	1臓器につき400点 特定の疾患で1200点加算 特定の抗体は別で算定(ER、PgR、HER2、EGFRタンパク、CCR4タンパク、ALK融合タンパク、CD30)	・1臓器あたりのコストの引き上げ・抗体数の上限引き上げ・2抗体、3抗体に対する加算の新設	現在の病理組織診断においては、免疫染色の意義や有用性が高まり、必要不可欠となっている。結果次第で治療方針が変わる疾患も多い。診断に必要な抗体の種類や量も増標本枚数も増加している。総合的にコストが増加しているため免疫染色病理組織標本作製料の見直し(加算の新設)を 要望する。					
○	23	臨床検査	新設		遺伝子検査における病理組織標本作製料		遺伝子検査用の標本作製料の新設	がん診療において遺伝子解析が進み個別化医療が進展しており、病理組織診断においてもゲノムレベルでの診断が求められ日々複雑化している。「ゲノム診療用病理組織検体取り扱い規定(日本病理学会)」に定められた適切な手順を遵守し、検体不良による中断の低減を目的に「遺伝子検査用病理標本作製料」の新設を要望する。					

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
○	24	放射線	改正	M000	IMRT(強度変調放射線治療)の施設基準	治療医が2名必要(専従と専任または専従名以上))	治療医1名専従と医学物理士1名専従	全国的に放射線治療医が少ないため、中規模病院では、医師1人で従事していることが多い。IMRT(強度変調放射線治療)は、標準治療として患者に提供されるべき技術として全国で取り組まれているが、現行の施設基準では治療医が2名必要である。一方、その技術的精度と安全性を管理するのは医師ではなく医学物理士であることが多く、日本放射線腫瘍学会でもその重要性が認められている。IMRTの需要に応えるためにも医学物理士の専従を施設基準として認めてもらいたい	無			医学物理士1名	20分
○	25	放射線	改正	E202 注8	頭部MRI撮影加算の施設基準の見直し	当該加算の算定には、画像診断管理加算2に関する施設基準を満たしていることが必須である。	放射線画像診断専門医及び、脳神経内科又は脳神経外科の診療を担当した経験を10年以上有する常勤医師が配置されており、当該撮影を行うにつき十分な機器を有し、患者に対し放射線被曝の安全性の確保を行っていれば画像診断管理加算2に関する施設基準を満たさなくても当該加算を算定できることとする。	放射線画像専門医及び、専門的知識を持つ常勤医師を配置し、当該画像診断を行うに十分な体制がとられているのであれば画像診断管理加算2の施設基準を満たす必要はないと考えるため。					
○	26	放射線	改正	E100 E101	核医学診断料	主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみで算定する E100 1部分(静態)1,300点 2部分(動態)1,800点 3全身 2,200点 E101 SPECT 1,800点	E100 主たる検査に加え、 E101 シングルフォトンエミッションコンピュータ断層撮影を行った場合は、50/100を加算	E100に掲げるシンチグラムの項目に加え、E101シングルフォトンエミッションコンピュータ断層撮影SPECT)は実施されている。検査手順や撮影時間を考慮すると、加算対象とすべきと考える。 ただし、SPECT単独施行の場合は、SPECTのみで算定					

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	A233-2	栄養サポートチーム加算の要件緩和	特定入院料対象患者には算定できない療養病棟、結核病棟、精神病棟については、算定上限あり	特定入院料(小児入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料など)において栄養サポートチームによる必要な診療を行なった場合においても算定可能にする。。	小児病院、回復期リハ病棟や地域包括ケア病棟等、特定入院料算定の病棟においても、一般病棟と同様にNSTが活動しており、栄養改善に大きく貢献している。小児においては、容易に低栄養に陥りやすくきめ細かな管理が必要とされ、自治体病院が行政的な医療を担う部分も大きいいため要件緩和を要望する。回復期リハビリ病棟や地域包括ケア病棟では、栄養サポートにより、スムーズな在宅管理への移行が望める。 また、精神科と結核病棟においては、令和2年より算定がみとめられたが、低栄養リスクは短期に改善しがたく、長期的な介入が必要となる。 特定集中に関しては、早期栄養介入管理加算が算定できるが、7日までとなっている。多職種による栄養管理は非常に重要であり、チーム医療に対する評価は、すべての病棟に対して包括ではなく算定を要望する。					
○	28	栄養	改正	入院時食事療養費	入院時食事療養費の増額	食事療養費Ⅰ 1食につき690円 特別食加算76円 流動食のみを提供する場合625円 食事療養費Ⅱ 1食につき556円 流動食のみを提供する場合510円	食事療養費Ⅰ 1食につき760円 特別食加算76円 流動食のみを提供する場合680円 食事療養費Ⅱ 1食につき610円 流動食のみを提供する場合560円	令和6年度の診療報酬改定において、食事療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)が30円増額し、さらに令和7年4月よりさらに20円増となった。しかし、2020年基準消費者物価指数において、食料品は前年同月比7.6%増、令和6年度最低賃金の改定状況において、全国加重平均額5.1%増となっている。現状、増額いただいた食事療養費でも賄えておらず、今後も食材料費、人件費の高騰が続くと予想され、食材料費、人件費の高騰に見合った大幅な増額を要望する。					

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
○	29	栄養	新設	入院加算	病棟専任管理栄養士配置実施加算		専任管理栄養士が配置されている病棟患者に対し、入院初日に限り150点	令和6年度栄養部会アンケートでは管理栄養士の担当病棟制を実施している施設は全体の7割に昇り、専従体制を取っている施設は僅か2%である。病棟担当業務として、毎日、病棟患者を個別に巡回し、低栄養、食思不振、下痢、褥瘡等を把握し、医師・看護師と連携を取り、栄養投与方法の変更や食種変更、栄養補助食品の調整を検討し、医師の指示のもとオーダー代行している。また、栄養食事指導が必要な患者に対し、適切な時期にもれなく指導を実施するなどの業務を行っている。この業務は、患者の回復促進に寄与するだけでなく医師、看護師のタスクシフトにも繋がる。 令和4年度診療報酬改定で特定機能病院における「入院栄養管理体制加算」として新設されたが、一般病院で専従要件の管理栄養士を配置するのは、病院経営状況からも難しいと考える。よって、専任要件に引き下げ、給食運営業務と並行して行えるよう要望する。併せて、栄養食事指導料、栄養サポートチーム加算は包括化せず、出来高とすることも要望する。					
○	30	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。	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日につき)50点 算定対象機器の拡大 ○一般病棟(フットポンプ、低圧持続吸引機、生体情報モニター、パルスオキシメーター、輸液ポンプ、シリンジポンプ等) ○手術室関連機器(麻酔器、電気メス、体外式ペースメーカー、麻酔ガスモニター等) ○救急・集中治療室関連機器(生体情報モニター、血行動態モニター、頭蓋内圧モニター、パルスオキシメーター、輸液ポンプ、シリンジポンプ、体温管理療法装置) 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)30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。 特に手術室、救急・集中治療室等で使用される医療機器は、人体への影響が大きく、臨床工学技士の専門的な知識と、専用の工具を用いた管理が必要であり、算定対象の医療機器算を拡大することを要望する。 また、生命維持管理装置を使用する場合、使用中は毎日動作中点検を行っているため1日毎の算定を要望する。	・除細動デスター 参考価格133万円 ・フローメーター 参考価格158万円 ・輸液ポンプデスター 参考価格100万円 ・電気メスデスター 参考価格135万円				

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
○	31	臨床工学	新設		医療施設電波管理加算		臨床工学技士が生体情報モニター等の電波を使用した医療機器を適切に管理した場合 医療施設電波管理加算 20点/入院初日	現在、総務省、厚生労働省が連携し「医療機関における適正な電波利用環境の構築」について整備を進めている状況にあるが、医療機関での電波管理は工学的な知識を有する臨床工学技士が担うべきであり、臨床工学技士による医療施設電波管理責任者の設置が望まれる。また電波管理には時間と専用の測定装置等が必要であり、診療報酬の算定を要望する。	電界強度測定装置 参考価格70万円				
○	32	臨床工学	新設		植込み型不整脈治療機器使用患者の手術、検査等時における設定変更管理加算		医師の指示の下、臨床工学技士が手術、画像診断等の前後で植込み型不整脈治療機器の点検、プログラム変更を実施した場合(1症例につき)500点	植込み型不整脈治療機器を使用している患者が手術、画像診断等を実施する場合、臨床工学技士が不整脈治療機器の種別調査や判別ならびに手術、画像診断等の前後にプログラム変更等を行い安全を確保する必要があり診療報酬の算定を要望する。	各社プログラマー ¥3,000,000/台				

DPC 重点要望

重点	NO	要望項目 (大分類)	要望項目 (小分類)	分類コード及び名称	要望内容
○	1	DPC・PDPS	対象病院		新規に薬価基準収載された高額な薬剤について、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者について」により出来高での算定が可能となる場合があるが、通知が公表されるまではDPCの点数に包括される。そのため、当該薬剤を使用した場合に、医療資源投入量がDPC点数を大幅に超えてしまう。 特定の疾患に対して適応が認められた高額薬剤については、承認と同時に、入院において出来高算定が可能となるようにしていただきたい。 [例]1)デュルマルマブ製剤 イミフィンジ 子宮体癌に使用 標準投与量での薬価827,079円(薬価 275,693円/瓶,1500mg使用) 2)オラパリブ リムパーザ錠 子宮体癌に使用 19,152円/日 (300mgを一日2回、連日投与)
○	2	診断群分類樹形図	既存の樹形図改善: 手術・処置等1、2	全ての診断群分類	挿管による人工呼吸管理を希望しない患者が多い中でハイフローセラピーを施行する機会が多くなっているが手技料と酸素費用合わせてコストがかなり掛かってしまう。現状ではDPCにはハイフローセラピーの樹形図分岐はほぼなく、病院として負担が大きい。ハイフローセラピーを現行の人工呼吸と同様にDPCの診断群分類の樹形図に加えて欲しい。
○	3	DPC・PDPS 入院期間		高齢化患者の増加 に対応した副傷病 名の適正化	急性期で入院する患者が高齢化し、最も医療資源を必要とした疾患以外に、多数の併存疾患を有している患者が入院する場合、それらの疾患があるため、術前の管理が必要となり、また回復にも時間がかかり、現状のDPCⅡの期間内で退院に向けるのが難しくなっている。DPC期間の評価に高齢患者の併存疾患の状態を含める必要があると考え、高齢化患者の増加に対応した副傷病名の適正化を要望する。

出来高 改正要望

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	同日複数科受診に対する初・再診料の見直し	同一日の診察について2科目までに制限。	同日複数科受診に対する初・再診料の算定を最大2科から3～4科まで拡大	初診と別の日に受診すると再診扱いになり、継続治療中の疾患がある限り、その他の受診はすべて再診扱いになる。これは、初診料の算定の「患者の疾病について医学的に初診といわれる診療行為があった場合に算定する」という原則から外れる。医師不足の昨今において地方では診療科の偏在があり、周囲に専門開業医等もないため病院に患者が集中せざるを得ない状況にあり、複数診療科受診患者が増えている。このため、同一日であっても、別の日であっても医学的に初診と考えられる診療行為があった場合、最大2科ではなく、3～4科まで初・再診料が算定できるようにルールの見直しを要望する。					
2	医師	改正	A206	在宅患者緊急入院診療加算の見直し	「在宅療養指導管理料等」の算定患者の緊急入院において、加算1(2,500点)送り元:在支診(病)→受入れ:在支診(病)・在宅療養後方支援病院、加算2(2,000点)在支診(病)→加算1以外の連携機関、加算3(1,000点)送り元・受入れ共に在支診(病)以外、を受入れ医療機関が算定できる。また在宅患者の急変を受入れる医療機関は「在宅患者緊急入院診療加算」を算定出来るが、送り元の在宅医療機関側の評価はない。	送り元の施設要件を除外した上で、受入れ先によって加算1(3,000点)受入れ:在支診(病)、加算2(2,000点)在宅療養後方支援病院、加算3(1,000点)在支病・在宅療養後方支援病院以外、を算定するよう改正を要望する。また、「在宅療養指導管理料等」の算定患者の緊急入院において在支診(病)に患者紹介した送り元が「在宅患者入院紹介加算200点」を「診療情報提供料」に加算できるよう要望する。	在宅患者の急変時の受入れ先は200床未満の在支病が担い、400床以上の中核病院は急性期医療を担う形で地域医療体制の機能分化を早急に進める必要がある。受入れ医療機関にとっては送り元が在支診(病)か否かの区別による相違はなく、受入れ先としての在宅療養後方支援病院の役割も考慮して加算2を設定することを要望する。急変した在宅患者を在支診(病)に紹介する送り手である在宅診療医にインセンティブを設定することで、在宅支援機能を担う200床未満の中小病院と、急性期を担う中核病院との医療体制の機能分化を推進することができる。					

出来高 改正要望

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
3	医師	改正	A301	特定集中治療室管理料5の施設基準要件の緩和	看護配置に関わる要件で特定集中治療室管理料1と同じ基準が求められている。	特定集中治療室管理料5の看護師要件の緩和	特定集中治療室管理料1と同等の「集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20 時間以上配置すること。・・・中略・・・また、ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する600 時間以上の研修(修了証が交付されるものに限る。)であり、・・・」とあるが、「全国的な看護師不足」や「様々な感染症によりやむを得ず欠勤」などで週20時間以上の配置を維持することが困難な場合があるため、特定集中治療室管理料5の看護師要件の緩和を要望する。					
4	医師	改正	A205	救急医療管理加算	救急医療管理加算1 1050点 救急医療管理加算加算2 420点 加算2には、減算措置(210点)あり。	救急医療管理加算の算定要件の見直し	算定基準が明確化されておらず、何カ所もの病院に収容を断られやむを得ず収容したが、ショックや代謝障害などの算定要件に該当しない患者を受け入れることも度々ある。 心不全以外の循環器系疾患や感染症などの重症例については、「13その他」の選択となる。感染症が蔓延し、重症例などが起こった場合、重症例にも関わらず加算1の対象とならない。 施設基準の「重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保している」との要件に基づき医師だけでなく、看護師、各専門領域のコメディカルを一定の人員数を確保し、体制整備を行っている。緊急患者を受けた場合に原則として算定できるように、救急医療管理加算の算定要件の見直しを要望する。 また、令和6年度より通知に定められた「(1) 救急医療管理加算は、緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して7日に限り算定できる。なお、他の保険医療機関に入院中の患者が転院により入院する場合であって、同一傷病により転院前の保険医療機関に入院していた場合には、算定できない。」は周産期医療等の救急医療に大きな影響を及ぼすため本文の削除を要望する。					
5	医師	改正	A221-2、 A226-2、 A226-4、 A301-4、 A307等	小児の定義年齢の見直し	各算定要件において、15歳未満の小児である場合となっている。	小児を対象とした項目全般について、「小児」の定義年齢が15歳未満等となっているものについて18歳まで引き上げることを要望する。	左記の小児を対象とする項目全般について、小児の定義年齢を18歳までに改め、学校検診、小児慢性特定疾患等の扱いも含め、円滑な移行期医療が行えるよう要望する。(別添参考資料)					

出来高 改正要望

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	改正	B001-2	小児科外来診療料	初診料・再診料・外来診療料に規定する一部加算、及び一部の医学管理料、第14部その他を除いた『診療に係る費用』は、小児科外来診療料に含まれる。 小児科外来診療料1(初診604点、再診410点) 小児科外来診療料2(初診721点、再診528点)	小児科外来診療料の増点または検査の包括除外	診療に係る費用は小児科外来診療料に含まれるが、各種感染症を疑い検査を実施すると、検査点数だけで小児科外来診療料を超えてしまう。正確な診断を行うためにも検査は必要であり、増点もしくは一部検査を包括より除外する事を要望する。					
7	医師	改正	通則	退院時処方への取扱い	在宅退院ではない転院時には請求が出来ない。	(理由を明記する等の対応により) 転院元の医療機関において退院時処方の算定要件の見直し	退院時処方「退院後に在宅において使用するために薬剤を退院時に処方すること」とされており、転院時に算定することが出来ない。これにより、転院先が地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟のような薬剤料が算定出来ない病棟である場合や、専門医が不在であり適切な処方の継続が困難となる場合、退院時に当面必要な処方ができなければ受入れが困難となるケースは多い。つまり、患者の状況からいえば急性期病床での治療が必要とはいえないものの、急性期病院からの転院を受け入れてもらえない状況が生じている。病院の機能分化を進めるためにも、理由を明記する等の対応により、転院元の医療機関において退院時処方の算定が可能となる事を要望する。					
8	医師	改正	施設基準	基本診療料施設基準通知・別紙2「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」の見直し	医師偏在少数区域外でも医療資源の少ない地域が存在している。	医師偏在指標の少数区域に該当する市町村の追加	医療資源の少ない地域は、医療従事者や医療機関が少ないため急性期から回復期における機能分化が困難である。現在、医師偏在指標の少数区域に該当していない地域でも医療資源の少ない地域は少なからず存在する。そのような地域の医療体制を確保するため、施設基準の要件緩和や混合病棟等の容認などが必要であり、医師偏在指標の少数区域に該当する市町村の追加を要望する。					
9	医師	改正	C001	在宅患者訪問診療料	在宅患者訪問診療料1(888点・213点) 在宅患者訪問診療料2(884点・187点)	人口密度や高齢化率等を勘案した診療報酬点数の引き上げ	へき地の訪問診療や訪問看護は、ひとりひとりの患者宅が離れており、効率が悪くなっている。訪問診療の需要は増えているが、在宅医療を提供する医療機関の負担が大きくなっているため診療報酬点数の引き上げを要望する。					

出来高 改正要望

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	医師	改正	特定保険医療材料別表Ⅱ 136	特定保険医療材料の区分見直し	特定材料と診療手技名称の不一致。	胆管拡張用の償還区分の見直し	胆管拡張用バルーンREN(薬事法承認番号 227ADBZX00079000)は、胆管拡張用として使用可能であるが、特定保険医療材料償還区分が「(136)胆道結石除去用カテーテル」となっている。胆管拡張目的の使用を認めていただくよう償還区分の見直しを要望する。					
11	医師	改正	施設基準	委員会開催の要件緩和	複数の施設基準要件において、委員会の開催が必須。	委員会開催の要件緩和	多職種による委員会開催を必要とする施設基準要件が多数あり、職員一人あたりの委員会出席回数が増えている。働き方改革を推進するためにも、委員会必須要件の整理や要件緩和を要望する。					
12	医師	改正	B001-23	がん患者指導管理料口、ハの回数制限	がん患者指導管理料口、ハにおいて、患者1人につき6回に限り算定すると回数制限。 がん患者指導管理料 口 (200点・6回まで) がん患者指導管理料 ハ (200点・6回まで)	がん患者指導管理料口、ハの回数制限の見直し	がん患者に対する認定看護師が行う相談は、身体症状緩和、精神的支援、スピリチュアルペインへの対応、緩和ケア移行に関する相談含め、多岐にわたる。化学療法に関する副作用対策やセルフコントロール指導は化学療法を継続している間、必要なケアである。がん患者指導管理料イのみ当該悪性腫瘍の診断を確定した後に新たに診断された悪性腫瘍(転移や再発腫瘍を除く)に対して行った場合は別に算定できることになっている。がん患者指導管理料口、ハについては、200点×6回以上は算定できないことになっている。数年後に別の部位の新たな癌が発生した場合、その後の継続相談にも診療報酬算定されるべきであり、現行では200点×6回という算定であるが、6回を超えて相談を受けるケースは多く、指導内容記載すれば算定可能となるよう要望する。					
13	医師	改正	D409-2	センチネルリンパ節生検の施設基準見直し又は離島枠の追加	・乳腺外科又は外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤医師を2名以上配置。 ・麻酔科標榜医を配置。 ・病理部門が設置され、病理医を配置。	離島医療機関についての常勤配置及び病理部門の他施設連携による体制評価	病理医、放射線科医の確保は大変厳しく世の中の的に厳しい状況となっており、離島ではセンチネルリンパ節生検技術を持った医師が在籍し、手術を実施しても病理医の不在により算定ができない状況である。離島医療機関に関しては外科・放射線科・乳腺外科の常勤医師2名以上の配置、他施設病理部門との連携による体制構築で算定可能となるよう要望する。					

出来高 改正要望

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	K721	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	現状、大きさのみでの評価。 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満5,000点 2 長径2センチメートル以上7,000点	多発ポリープへの評価見直し	現在の診療報酬は、切除範囲の大きさを評価されているが、10個前後の多発ポリープの例もあり、長時間を要することもあるため、5個以上の新点数や直径の合算など手技に見合った評価の見直しを要望する。					
15	医師	改正	第1部 医学管理等	外来腫瘍化学療法診療料の対象となる化学療法の拡大	静脈内注射・動脈注射・点滴注射・中心静脈注射(植込型カテーテル含む)のみが加算対象。 外来化学療法加算1(15歳未満670点・15歳以上450点) 外来化学療法加算2(15歳未満640点・15歳以上370点)	皮下注射による化学療法の当該管理料への対象追加	ダラツムマブ、フェスゴ等の皮下注射は、投与時間、投与管理、副作用管理のために、点滴注射による化学療法と同等に、投与環境を整え、多職種介入を必要とする。そのため、医療現場の負担は点滴注射と同等であり、皮下注射による化学療法も当該管理料の対象となるよう要望する。					
16	精神科	改正		心理支援加算	トラウマに起因する症状を有する患者に対し、公認心理師が30分以上カウンセリング 月2回2年まで通院・在宅精神療法に加算	・対象とする病態の拡大 ・入院精神療法に対する加算も認める	医師による精神療法や薬物療法を中心とした医学的治療のみでは十分な治療効果を得にくい疾患はトラウマ関連疾患だけでなく、発達障害、高次脳機能障害、依存・嗜癖、摂食障害、など多岐にわたる。公認心理師による心理面接(カウンセリング)は重要な精神科専門療法の一つである。これは多職種協働の医療、医師のタスクシェアにもつながる。 ・医師の指示のもと、公認心理師が心理面接計画書を策定し、評価を行う。 ・入院精神療法への加算も認める(月2回、入院3か月まで)					
17	精神科	改正	B005-1-2	介護支援等連携指導料	以下で認められない ・精神科救急急性期医療入院料 ・精神科急性期治療病棟入院料 ・精神科救急・合併症入院料	対象病棟の拡大	人口全体の高齢化に伴い、認知症に限らずうつ病などの老年期精神障害患者が増えている。患者の早期退院実現には介護支援専門員との連携が不可欠であるため、介護支援等連携指導料の算定対象病棟の拡大を要望する。					

出来高 改正要望

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	精神科	改正	A311 A311-2 A312 A314 A318	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料1・2 精神療養病棟入院料 認知症治療病棟入院料 地域移行機能強化病棟入院料		・制度の見直し ・他科受診及び転院時の処方について	他医療機関の受診、転院については、①～③についての見直しを要望する。 ①クロザリル投与による副作用のために契約した医療機関に受診した場合は、他医療機関受診から除外する。 ②精神科救急や精神科急性期(特定入院料)を算定している病棟に入院している患者が、一般科医療機関に転院する必要がある場合には、精神科薬に限ってのみ数日間の投薬を認める。 また、現在医薬品の限定出荷が多く新規医薬品については特に入荷困難である。このような状況を踏まえ、特に単科精神科病院が他科受診した際の処方は2週間までは保険で認めていただきたい。 ③精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は、精神科救急・合併症入院料においては、1回の入院期間中に、再度病状が悪化などして当該入院料を算定する病棟へ入院させた場合には算定できるとあるが、これを1回の入院中、数回算定できるようにする。					
19	精神科	改正	A244	病棟薬剤業務実施加算	・精神科救急急性期医療入院料 ・精神科救急・合併症入院料 ・児童思春期精神科入院料 ・認知症治療病棟	対象病棟の拡大 算定期間の見直し	○薬剤師が医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する業務(以下「病棟薬剤業務」という。)を実施することは精神科単科病院の救急でも一般病院と同様に必要なため、病棟薬剤業務実施加算2を算定できる病棟の拡大を要望する。 ○精神科での薬物療法は精神科治療の大きな柱であり、処方変更・調整の頻度は高く、重篤な有害事象の発生頻度も高い。また患者の認知機能が低下していることが多く、医療者側に特に安全に配慮した業務遂行が求められているため、病棟薬剤業務実施加算1の精神病棟入院基本料病棟での入院後8週以内に限り算定できるという算定期間の撤廃を要望する。					

出来高 改正要望

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	精神科	改正	A311	精神科救急急性期医療入院料の精神科救急医療体制加算(1日につき)	認知症を除く症状性を含む器質性精神障害(精神症状を有する状態に限る。)(ただし、令和6年3月31日までの間は、精神症状を有する状態に限り、認知症を含むものとする。)	令和6年4月1日以降も引き続き精神症状を有する状態に限っては認知症も対象としてもらいたい。	R6年4月以降も救急時間帯および、市町村、警察、保健所、消防(救急車)などの依頼で入院した認知症のBPSDの患者については、その患者の入院期間中は、対象患者としていただきたい。以下にその理由をあげる。 ・夜間に救急入院する高齢者は、その時点で認知症の有無はわからない。 ・暴力が主訴で、体格が大きな男性の認知症者を入院時から認知症病棟等でみることは危険を伴う。BPSDは環境への不適応で生じるが、不適応をおこし破局的な反応を示している人が精神科に連れて来られるからである。 ・石川県立こころの病院データでは2024年度夜間休日入院患者175名のうち65歳以上が38名、認知症と診断されたものが18名おり、認知症者のうち13人はその場で入院となっている。特に地方の精神科救急においては認知症者は無視できない数になっている。					
21	精神科	改正		精神科身体合併症管理加算		対象疾患の拡大	精神疾患患者における身体合併症治療が重要な意味を持つのは明確となっており、医療計画の指針の中にも述べられているが、現状では診療報酬上適切に評価されているとはいえない。下記のように対象身体疾患を追加することでより臨床の現実に見合うものとなるため、対象患者の拡大を要望する。 ◎対象疾患の追加 ・深部静脈血栓症 ・血球減少症(汎血球減少症、顆粒球減少症、血小板減少症) ・急性期の脳血管障害(意識障害を伴わない) ・重度の褥瘡(ステージⅢ以上)の患者、重症薬疹 ・膿胸、血胸 ・解離性大動脈瘤 ・悪性腫瘍における姑息的治療(ステント挿入など) ・悪性腫瘍の疑い(精神科病院からの転院の場合のみ) ・慢性腎不全の維持透析の患者 ・電解質異常(意識障害を伴わない) ・特定感染症(COVID等の新興感染症) ・骨盤骨折					

出来高 改正要望

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	精神科	改正	A230-4	精神科リエゾンチーム加算	週1回300点	週2回400点	せん妄や抑うつ、精神疾患、自殺企図の患者に対する必要な診察とあるが、継続的なケアを要することから、1回あたりの点数を300点から400点に増点し、かつ対象となる患者の症状の重症度や抱える背景事情の複雑さなどから週に数回の対応も必要とするケースも少なからずあることを考え、算定回数を週2回まで可能に見直しを要望する。 救命救急入院料および小児入院医療管理料は、現状では当該加算の算定対象外である。しかし当該病棟に入院する患者であって、精神科リエゾンチームの介入が望ましいケースがある。救命救急入院料の注2加算等とは別に、精神科リエゾンチームの介入の評価を要望する					
23	精神科	改正	I 003-2	認知療法・認知行動療法	1. 医師の場合 480点 2. 医師と看護師の場合 350点	公認心理師、作業療法士を追加	公認心理師や作業療法士による認知行動療法についても治療効果が上がっている。医師と看護師の場合だけでなく、医師、看護師、公認心理師、作業療法士のうち複数名による認知行動療法を認め、350点とする					
24	リハビリ	改正	A233	リハ・栄養・口腔連携体制加算	120点/日 アウトカム評価(ADL低下者3%未満)	点数の増額 アウトカム評価内容の変更(ADL低下者3%未満の引き上げ)	R6年度診療報酬改定で新設され、取り組みを始めているが、病棟内患者へのリハ的介入、栄養管理、カンファレンスの実施、歯科等関係スタッフとの連携を行うための必要人員として2名の専従療法士＋1名の専任栄養士の他にも療法士や栄養士の介入が必要であり、その業務量と見合った点数とは言い難い 取り組みとしては拡大していきたい内容であるが、アウトカムの厳しさもあり、他の病棟への拡大はマンパワー的にも困難な状況 周囲の医療機関で取り組んでいる情報もなく、制度としての拡大や充実に繋がるよう、アウトカム内容の見直しと加算額の増額を希望する。					

出来高 改正要望

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	リハビリ	改正	A301	特定集中治療管理料 早期離床・リハビリ テーション加算	500点 14日間を限度	配置要件の緩和	診療報酬上、専任の常勤理学療法士が要件となっている。 疑義解釈では、常勤理学療法士の内1名は疾患別と早期離床リハビリチームを兼任してよいとされている。しかし、兼任が1名のみでは、担当が午前中に介入、午後になかった場合、他のPTが介入しても算定ができない。複数で兼任できるように要件緩和を要望する。					
26	リハビリ	改正	H001	脳血管リハIの施設基準要件の緩和	PT5人以上 OT3人以上 ST1人以上 PT・OT・STあわせて10名以上	PT2人OT2人ST1の合計5人にする。	脳血管リハIの基準はPT5人以上OT3人以上ST1人以上となっているが、大規模病院ではリハビリ療法士が多く脳血管Iの基準が取得できるが、小規模病院ではリハビリ職種の数にも制限があることから対応できない。専従から専任への緩和がなされれば当院のような小規模病院でも高位の基準が取れ増収につながる。					
27	リハビリ	改正	H	急性期リハ加算の算 定要件の改正	起算日から14日間を限度として算定。 日毎に評価を行い、対象とならなくなった場合は算定不可。	起算時に当該重症患者の要件を満たした場合に、14日間算定可能とする。	重症患者に対する一定期間の手厚いリハビリテーションの継続が、より早期の退院・社会復帰(在宅、転院・転施設を含む)を可能とするため、救急医療管理加算と同様の算定ルールとし、重症患者の要件を満たす起算日時点の重症度により14日間算定可能としていただきたい。				○	

出来高 改正要望

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	リハビリ	改正	I007	精神科作業療法の規定の改正	取扱人数:作業療法士1人に対して1単位25人2時間で1日2単位50人まで。点数は1単位220点。	取扱人数:作業療法士1人に対して1単位12人60分で1日4単位48人とする。また、急性期(3か月以内)および認知症の入院患者において精神保健指定医の判断で30分以上行った場合は算定可能とする。点数は1単位110点とする。	・実施時間を60分(医師の判断で30分以上)とすることで、急性期の入院患者への早期からの対応が可能となり、早期退院につながれるとともに退院後の生活能力の改善と向上が図れる。 ・実施時間を60分(医師の判断で30分以上)とすることで、認知症の周辺症状の早期改善と病態の進行を抑制する。また、廃用およびその予防に必要な高齢患者、身体合併症患者(管理料に規定される状態像とは異なる)に対しての対応が可能。 ・1単位を12人と縮小することで診療の個性を高め質の向上が図られる。また、リスク管理の問題を改善させる。日本作業療法士協会の調査では、平均取扱件数は12から13人であった。 ・4単位48人とする事で、現在2時間で行われている患者に対しては診療を受けられない弊害をなくす。患者負担も変更はない。 ・新規入院患者に対しては速やかな退院と入院の長期化を防止すること、既に1年以上入院している患者に対しては重点的にリハビリテーションを提供することにより退院促進が図れる。					
29	リハビリ	改正		心大血管疾患リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料の算定要件	言語聴覚士は心大血管・運動器リハビリテーション料の算定ができない。	心大血管・運動器リハビリテーション料の算定に言語聴覚士を追加してほしい。	入院により嚥下機能の低下やコミュニケーション機能の低下をきたすケースが多くみられるが、現状においては言語聴覚療法を行うことができず、患者さまへの不利益につながっている。					
30	リハビリ	改正		障害児リハビリテーション料	障害児リハビリテーション料においては、急性期加算がない	急性期加算を追加してほしい。	急性増悪をして入院してきた患者に対して、疾患別では急性期におけるリハの取り組みが評価されているのに対して障害児リハの対象者においては、急性期の取り組みが認められていない。					

出来高 改正要望

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
31	事務	改正	A207	診療録管理体制加算1	診療録管理体制加算1(入院初日)140点	診療録管理体制加算1の増点を要望する。	令和6年度の診療報酬改定にて100点→140点増点とはなったが、施設基準に追加されたサイバーセキュリティ対策にかかる費用(システム導入費、SE人件費等)をまかなえる程の増点ではない状況である。また、DPC/PDPS制度における『DPCの評価・検証等に係る調査(退院患者調査)』の調査には、年々項目数が増加しており、調査項目の内容もより専門的な内容(たとえば令和6年度には臨床指標の項目が追加された)となっている。タスクシェア・タスクシフトの観点から、現場の医療職というよりは、専門的な知識を持った診療情報管理士が調査業務の多くを担っており、業務量が増加している。このため、病床数に応じた診療情報管理士またはSE等の適正配置に関する評価を要望する。					
32	事務	改正	A207-2	医師補助事務作業補助体制加算に対する施設基準・要件の見直し	入院初日に加算	小規模の病院でも医師の負担軽減は課題であると考えられる。施設基準の緩和、入院に対する評価だけではなく外来に対する評価にも拡大を要望する。	小規模の病院でも、医師の負担軽減のためには、入院だけではなく外来も大きく関わっていると考えられるため、加算は入院のみではなく外来にも拡大することを要望する。					
33	事務	改正	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の見直し	250点 退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係るその他必要な情報を添付して紹介を行った場合 200点	全て含める点数にすることを要望する。	他医療機関へ紹介する場合は、記載にも時間を要し、患者重複検査、医療費、請求側の処理の負担軽減にもつながるため紹介時の検査情報は双方にとっても必要不可欠な情報であるため点数合算と点数アップを要望する。					
34	事務	改正	C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	15歳以上の患者であって経口摂取が著しく困難である状態が15歳未満から継続しているもの(体重が20kg未満である場合に限る)	15歳以上の方の体重要件を廃止していただきたい。	重度障害児等が15歳を超えた場合、15歳未満と同様に経管栄養が必要なケースが多い。体重20kgを超えている場合にも、同様に経管栄養が必要なケースもある。この場合に、現行の制度では、評価する項目が存在せず、管理料の算定ができず、経管栄養を継続して行う場合、病院の持ち出しになってしまう。					

出来高 改正要望

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	事務	改正		処遇改善に係る報酬の統合	看護職員処遇改善評価料 ベースアップ評価料	看護職員処遇改善評価料 ベースアップ評価料	看護職員処遇改善評価料は、R4.10から、国の「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」の一環として新設されました。ベースアップ評価料は、R6.6から、物価高への対応、医療職の確保等のため新設されました。両者は目的を異とし、時節に応じて新設されましたが、処遇改善という措置は同様であり、それぞれについて賃金改善計画書及び賃金改善実績報告書の提出を要し、また制度設計も異なること(とくに看護職員処遇改善評価料は基本給での改善を2/3以上とする点)から、収益へ対応した給与費の管理等、非常に煩雑なものとなっています。処遇改善に係る報酬を一つに統合することを要望します。					
36	事務	改正		施設基準における抽出データの期間の統一	施設基準における抽出データの期間が様々である(前年1年間、前年度、直近1年間)	直近1年間以外で、統一を要望する。	施設基準によって、抽出期間が異なり、紛らわしい。また、直近1年間という基準の場合は、変更届出や、報告の都度、データを抽出する業務が発生する。医師等の業務改善が図られる中、事務の負担が減少しない現状を踏まえ、基準の統一(年もしくは年度)を要望する。				○	かなり
37	事務	改正		電子カルテ導入について		電子カルテにかかる費用補填を要望する。	電子カルテ導入や更新には莫大な費用と時間がかかる。電子カルテ情報共有サービスの利用など国の目標が掲げられているが、保険医療機関の負担が過大である。電子カルテの費用に見合う報酬が得られる制度設計を要望する。					
38	事務	改正	A302	新生児特定集中治療室管理料2の施設基準の見直し	直近1年間の出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数が30件以上である。	出生体重2,500g未満を2,800g未満に変更を要望する。また、新規入院患者数30件以上を地域別の出生数に応じた基準へ変更を要望する。	妊娠出産に関する母体管理の医療が発達しており、現在の基準である2,500g未満は実情の産科医療に照らし合わせても適切な基準ではないと感じる。 また、新規入院患者数30以上という基準についても、少子化が進んでいるため、地域での出生数を鑑みてもなかなか厳しいものがあり、新生児救急医療の体制確保にも影響が出ると考えられる。地域の出生数に応じた施設基準の人数設定を要望する。					

出来高 改正要望

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	看護	改正	A207-3	注4 看護補助体制充実加算1の施設基準について	ア 当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が5割以上配置されている	要件を以下のとおり改善。 当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、「急性期看護補助体制のそれぞれの配置区分ごとに」5割以上配置されている	地域包括医療病棟入院料の注8に掲げる看護補助体制充実加算では、それぞれの配置区分ごとに5割以上の要件となっているにもかかわらず、急性期看護補助体制加算の注4加算では配置区分ごとでないため、「看護補助者の新規採用を行うと割合が下がる」ととなり、 ・医療機関における看護補助者の新規雇用阻害 ・1～2年目等の看護補助者の雇用解除等が発生すること惹起されます。					
40	看護	改正	A247	認知症ケア加算診療報酬算定要件の制限撤廃及び増点	1 イ14日以内180点 ロ15日以上34点 2 イ14日以内112点 ロ15日以上28点 3 イ14日以内44点 ロ15日以上10点(1日につき)	増点	長期入院の防止のため入院料の減額があることについては理解する。しかし認知症ケアについては入院期間によって減少するわけではない。そのため入院期間の制限の撤廃を要望したい。また現行の点数についても業務量に見合った点数に増点していただきたい。					
41	看護	改正		入院時支援加算の算定要件の改正	入退院支援加算算定が条件 入院時支援加算1 240点 入院時支援加算2 200点 入院事前調整加算 200点	算定要件の「自宅から入院する予定入院患者」「入退院支援加算する患者」の撤廃	入院時支援加算の増点及び入院時事前調整加算の新設として評価された。しかし緊急入院患者や入退院支援加算を算定できない患者であっても、入院前から情報収集して病棟に情報提供・共有している。入院時支援加算の単独での算定を要望する。			専従または選任看護師	専従又は選任社会福祉士	1回30～60分程度
42	看護	改正	A242	呼吸サポートチーム	なし	呼吸サポートチームは、人工呼吸器を使用している患者を回診し、人工呼吸器から早期に離脱できるようサポートするチームである。しかし、近年では在宅用NPPVやハイフローセラピーの導入が中心となっており、慢性疾患患者や人工呼吸器離脱後患者に導入されている。人工呼吸器装着患者だけでなく、それらの管理について、フォローアップを実施することで診療報酬が算定できるよう希望する。	在宅用NPPVやハイフローセラピーの導入は、ICUやHCUではなく一般病棟で導入することが多い。しかし、十分な知識や環境が少なく、チームでの継続的な関わりや指導が必要であると考え。また、再入院の予防や地域包括ケアの推進にもつながると考える。					

出来高 改正要望

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
43	薬剤	改正	B001-2-12注8	連携充実加算	月1回に限り150点を所定点数に加算する。	週1回かつ月4回に限り150点を所定点数に加算する。	抗悪性腫瘍剤を毎週投与するレジメンもあり、そのようなレジメンで治療している患者に対しては、毎週状態を把握して必要な指導を実施し、安全安心な薬物療法を提供する必要がある。週1回(月最大4回)算定できることを要望する。					
44	薬剤	改正	G020	無菌製剤処理料1の見直し	1無菌製剤処理料1(悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)イ閉鎖式接続器具を使用した場合 180点	1無菌製剤処理料1(悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)イ閉鎖式接続器具を使用した場合 250点	閉鎖式接続器具の使用は調製者への抗がん剤曝露対策として重要ですが、器具一式に要する価格に見合うだけの無菌製剤処理料(180点)でないことから、使用頻度が多くなるにつれマイナスになってしまいます。せめて、現行の閉鎖式器具の価格に見合うだけの無菌製剤処理料への増点を要望する。					
45	臨床検査	改正	D210	ホルター型心電図検査	2 8時間を超えた場合	48時間を超えた場合における保険点数の追加	24時間行うホルター心電図検査よりも、長期間記録することが可能となり、脳梗塞などの原因となる心房細動の検出や週に数回程度しか発作が起きない動悸の原因の診断精度を向上できている。早期発見と早期治療に有用な検査法であり、追加を要望する。	長時間記録するための記録器と解析用の装置			臨床検査技師1人	60～90分
46	放射線	改正	E 通則	画像診断管理加算[施設基準]	当該保険医療機関以外の施設に読影または診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない	施設基準から除外、もしくは総件数の数%未満などと算定要件の緩和を求める	少数の放射線科医で読影体制を確保している場合、わずかでも外部委託したら算定不可といった要件は厳しすぎ、放射線科医の疲弊と離職を招く。その結果、画像診断管理に不備をきたし、不十分な画像提供や不要な被ばくの増加など患者への影響も大きい。また、画像診断医が不得意とする分野の診断委託は、医療水準の維持に有用と考える。					
47	放射線	改正	E202注5	乳房MRI撮影加算撮影加算の施設基準の見直し	当該加算の算定には、画像診断管理加算2に関する施設基準を満たしていることが必須である。	放射線画像診断専門医及び、乳腺外科の診療を担当した経験を5年以上有する常勤医師が配置されており、当該撮影を行うにつき十分な機器を有し、患者に対し放射線被曝の安全性の確保を行っていれば画像診断管理加算2に関する施設基準を満たさなくても当該加算を算定できることとする。	放射線画像専門医及び、専門的知識を持つ常勤医師を配置し、当該画像診断を行うに十分な体制がとられているのであれば画像診断管理加算2の施設基準を満たす必要はないと考えるため。					

出来高 改正要望

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	栄養	改正	A104	入院栄養管理体制加算	特定機能病院入院基本料を算定している患者に対し、入院初日及び退院時に270点	特定機能病院以外への適用拡大 急性期一般入院基本料への算定要件拡大	この診療報酬は、特定機能病院のみが対象となっているが、入院患者における栄養管理は本来入院患者全員に行われるべきであり、特定機能病院のみではなく一般病院にも適応すべきと考え、要件の見直しを要望する。自治体病院栄養部会の調査では、すでに全病院の50%が、病棟専従制、病棟専任制、病棟担当制に加え、不定期に病棟に出向き栄養管理を行う体制を確保している。 管理栄養士は、入院時より患者の病態・状態に応じた栄養管理を実施、退院後の栄養食事管理に関する指導を行い、必要に応じ入院中の栄養管理に関する情報を他の保険医療機関に提供している。このような病棟における管理栄養士の業務は医師や看護師等、他の医療従事者の業務負担軽減につながり、栄養状態の維持と低栄養の予防・改善は在院日数の短縮にもつながる。また、早期経腸栄養開始の推進は、感染症の予防による抗菌薬や、点滴をなくす効果もあり、経済面においても重要な業務である。本業務の有用性は、特定機能病院以外でも包括されることなく、出来高で算定可能となるよう要望する。					

出来高 改正要望

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
49	栄養	改正	B001	栄養食事指導病名の拡大	糖尿病、腎臓病、肝臓病、膵臓病、脂質異常症、がん、摂食嚥下障害、てんかん食等	慢性閉塞性肺疾患（COPD）、イレウス、胃瘻食（重症心身障害児）、閉塞性黄疸が認められない胆石症患者の脂肪制限指導を算定病名に追加	慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者は、低栄養状態に陥りやすい上に予後不良となりやすい。 がんの手術後は癒着性イレウスが起きやすくなり、食事療法を間違えると何度も入院を繰り返す。患者の食習慣や普段の食事内容、咀嚼力等の聞き取りを行い、食事管理を行うことでイレウス再発予防でき、再入院を避けるためにも栄養指導は必須と考える。 胃瘻食については、注入できる形態であるミキサー食の調整や栄養管理には十分な指導を必要とすることや、ミキサー食の導入により、医薬品経腸栄養剤からの移行も視野に入れることができるうえに、在宅でより良い管理が行える等メリットは大きい。 閉塞性黄疸は胆石が胆管に落下した場合に起きる症状であり、発熱、腹痛、黄疸が症状として認められる。内科入院しERCPにて胆石除去後も胆のうや肝内胆管に胆泥・胆石が認められる為、一旦退院し再入院後に消化器外科にて外科手術にて胆嚢摘出が行われる。この1～2ヶ月の期間は、胆石が胆管へ落下しないよう脂肪制限食を摂取していただくため、黄疸が認められない患者に対しての栄養指導が必要となり、新規対象病名として要望する。 これらの病態では、栄養指導による状態改善を行うことで、医療資源抑制が可能と思われるため、栄養食指導料の算定を要望する。					
50	栄養	改正	入院時食事療養費	入院時食事療養費の増額	食事療養費Ⅰ 1食につき690円 流動食のみを提供する場合 625円	食事療養費 1食につき690円 （流動食のみを提供する場合も同額）	平成28年の診療報酬改定により、濃厚流動食が640円から575円と引き下げられたが、早期より経腸栄養を開始することのメリットは明確で、積極的な導入が図られている。また、バックタイプ濃厚流動食の導入がすすむことで、衛生的かつ移し替え不要で、看護師の業務負担軽減に効果は大きい。また、個別化の栄養管理を行うためには疾患に合わせた濃厚流動食も必要になり、様々な効果が期待できる反面、コストはかなり高くなる。加えて近年の食品物価高騰を受け、もともと価格設定の高い濃厚流動食は10%以上上昇しており、病院における食事療養費と同様な状況に置かれている。 濃厚流動食においては、食事と同様の食事療養費とすることを合わせて要望する。濃厚流動食のみについても、食事と同様の食事療養費とすることを要望する。					

出来高 改正要望

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	栄養	改正	入院時食事療養費	入院時食事療養特別食加算の追加および加算要件の緩和	対象外 高度肥満については肥満度+70%またはBMI35以上	嚥下調整食、胃瘻食、食物アレルギー対応食を、特別食加算算定対象	嚥下調整食や胃瘻食、食物アレルギー対応食等は調理に特別な知識・技術を要する。嚥下調整食に至っては、増粘剤等を使用し摂食嚥下リハビリテーション学会分類の基準に沿った対応が求められる。胃瘻食も、適正な粘稠度でありながら、栄養も確保されなくてはならない。アレルギー食はアレルゲンの混入を防ぐために別の調理工程を必要とし、調理自体にも高い技術力とコストを要する。 食物アレルギーへの食事対応は、除去の程度が個々によって異なるなか、安全に細心の注意を払って調理する必要がある。個別対応が必要となるアレルギー食は、医療安全の観点からも、特別食加算算定対象とすることを要望する。					
52	栄養	改正	B001 10 B011-6	地域包括ケア病棟における栄養食事指導料、栄養情報連携料の算定	地域包括ケア病棟は栄養食事指導料、栄養情報連携料が包括化	包括化を解除する。	在宅への移行を進めるため、リハビリテーションを効果的に進めるためにも、栄養管理は重要であり、栄養指導は現在でも行われているが、包括化されている。地域包括ケア病棟でも栄養指導の需要が多い中、算定できないことで管理栄養士の配置にも影響がある。また、栄養情報提供書は、在宅へ戻る際の主治医や自宅生活を支えるスタッフとも栄養管理の情報共有が必要と考えられるが、栄養情報連携料も診療報酬の対象とならない。 在宅へ繋ぐという観点からも、地域包括ケア病棟に対する栄養食事指導料、栄養情報連携料の包括化解除を要望する。					
53	栄養	改正	B011-6	栄養情報連携料の要件緩和	入院または入所する先の保険医療機関等の管理栄養士に、対面又は電話、ビデオ電話が可能な情報通信機器等により説明の上、情報提供	情報提供方法の指定なし 提供先に栄養士・ケアマネジャーを追加	退院先の保険医療機関等に管理栄養士がいない場合や厨房業務と兼務しており連絡が取りにくい場合があること、電話等による情報提供が負担になり算定できないケースが多い。また、介護施設等の場合、管理栄養士不在で栄養士のみの場合もある。自宅退院であっても介護サービスを使用している場合には通所施設等を利用している場合も多い。ケアマネジャーに情報を提供し、食事を提供している施設に共有してもらうことは重要と考える。効率的な運用を行うためにも、情報提供方法の指定を解除、提供先の要件緩和をしてほしい。					

出来高 新設要望

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		救急医療体制加算	24時間365日、常に救命救急医療を維持する医療機関への体制評価がない。	24時間365日救命救急等の各専門領域で実績を残している病院へのさらなる評価	24時間365日救命救急を常に維持する病院では、高齢者を中心とした二次救急を地域中小病院が担っている。医師不足による救急体制維持が困難な状況となりつつあり、医師だけでなく、看護師、各専門領域のコメディカルを質のみならず一定の人員数を確保することが不可欠であり、人件費や光熱経費等の物価の上昇に伴う費用を回収できるだけの評価が必須である。 特定の領域に特化することなく、地域医療の質を維持し、地域住民の身体生命を守る最後の砦となる医療機関をさらに評価しなければ、医療の継続が困難となり救急医療体制加算（仮称）の新設を要望する。					
2	医師	新設	A207-2	医師事務作業補助の処遇改善	医師事務作業補助体制加算の処遇改善評価がない。加算の最上位配置は、15対1。 1 医師事務作業補助体制加算1 イ 15対1 補助体制加算 1070点 ロ 20対1 補助体制加算 855点 ハ 25対1 補助体制加算 725点 ニ 30対1 補助体制加算 630点 ホ 40対1 補助体制加算 530点 ヘ 50対1 補助体制加算 450点 ト 75対1 補助体制加算 370点 チ 100対1 補助体制加算 320点 2 医師事務作業補助体制加算2 イ 15対1 補助体制加算 995点 ロ 20対1 補助体制加算 790点 ハ 25対1 補助体制加算 665点 ニ 30対1 補助体制加算 580点 ホ 40対1 補助体制加算 495点 ヘ 50対1 補助体制加算 415点 ト 75対1 補助体制加算 335点 チ 100対1 補助体制加算 280点	医師事務作業補助処遇改善加算 医師事務作業補助者加算10:1配置	医師の働き方改革を推進するにあたり、雇用体制に各病院ごとに格差が生まれている。また従事する職員にも6ヶ月間の研修はあるものの、キャリアパス等長期的な育成体制は各病院で独自に行われている。各組織が従事する職員を確保しやすく、職員が業務に長期的に従事するため、看護職員処遇改善加算のような加算を新設を要望する。 また、勤務医の負担軽減・タスクシフトは重要な課題であり、負担軽減に最も有効な医師事務作業補助者の配置については令和6年度改訂で増点いただいたが、医師の働き方改革を推し進めるため15:1以上に配置している病院もあり10:1配置の新設を要望する。					

出来高 新設要望

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
3	医師	新設	A252	地域医療体制確保加算2・3	救急搬送件数が年間で2,000件以上。	『地域医療体制確保加算』を『地域救急体制確保加算1』とし、 1)加算2(400点、1回に限り算定)年間救急搬送件数1000件以上2000件未満、 2)加算3(300点、1回に限り算定)年間救急搬送件数500件以上1000件未満(地域包括医療病棟もしくは地域包括ケア病棟を有する在宅支援病院に限る)	地域医療体制を確保するためには、救急機能の役割分担を進める必要があり、高度救急を基幹施設に集約すると同時に、今後増加する高齢者の受入れを中心とした2次救急を地域中小病院が担うことになる。 現在の地域医療体制確保を評価する加算は、年間救急搬送件数2000件以上のみでしか評価されておらず、高齢者救急の担い手である医療機関で年間救急搬送件数1000件以上2000件未満を加算2とし、地域包括医療病棟もしくは地域包括ケア病棟を有する在宅支援病院に限り、年間救急搬送件数500件以上1000件未満に対しては加算3の新設を要望する。					
4	精神科	新設	A231-2	強度行動障害に対する一般精神科病棟入院や外来診療への加算	強度行動障害入院医療管理加算(300点/日、日数の制限なし)が特定の病棟で認められている ・児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設又は同法第6条の2の2第3項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものに係る障害者施設等入院基本料を算定する病棟 ・児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟 ・精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟	・強度行動障害一般精神入院加算(300点/日、12Wまで) 精神科病棟のうちPSWが配置されているなど一定の要件を満たす病棟で、専門の研修(強度行動障害対応研修+強度行動障害精神科専門研修)を課す ・強度行動障害対応加算(250点/日、外来受診日又は入院中3Wまで) 精神科病棟や内科病棟、外来などで研修(強度行動障害対応研修)を課す	・強度行動障害とは、自傷、他害、こだわり、もの壊し、睡眠の乱れ、異食、多動など本人や周囲の人の暮らしに影響を及ぼす行動が、著しく高い頻度で起こるため、特別に配慮された支援が必要な「状態」。対応が難しいのは重度・最重度の知的障害を伴う自閉スペクトラム症とされる ・強度行動障害を、障害支援区分調査における「行動関連項目」10点以上とした場合、全国で40000人と推計されている(R3) ・1972年より開始された国立病院機構精神科病院の中での強度行動障害対策「療養介護・医療型障害児入所支援」の病床は約740床であり、強度行動障害の患者のほとんどが一般の精神病院で診られており、それは厚労科研會田班(R4-R5)の調査でも裏付けられている。 ・最近では地域の福祉施設と協働して、外来と短期入院で強度行動障害者を支える取り組みも全国的にみられている ・この要望は、日本精神神経学会、児童青年精神医学会、日本病院会との共同提案である					

出来高 新設要望

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	リハビリ	新設		集団運動指導新規点数造設		集団運動指導に関する新設点数	糖尿病などの慢性疾患に対し、集団で運動指導を行う場合の新規点数を要望します。運動指導の重要性は確固としたエビデンスがあるが、診療報酬として点数がない。現在集団運動指導を行っているが、サービスとなってしまうため、リハビリスタッフの貴重な時間に対して点数という対価を付けていただきたい。				1	30分
6	看護	新設	C004-2	救急患者連携搬送料	入院前 1,800点 入院1日目 1,200点 入院2日目 800点 入院3日目 600点	(誤嚥性肺炎、尿路感染症の1日あたりの包括点数)DPCと同等以上の点数評価(4,000点以上)あるいは、算定対象期間3日→5日へ延長	軽症・中等症の急性疾患患者の受け入れ先となる二次救急の医療機関の数が少なく、かつ受け入れ先の夜間・休日の診療体制を考慮すると、一旦自院で受け入れ、平日を待って搬送調整せざるを得ない。当該算定を行うにあたり、次のような調整が生じたり、課題がある。 ①入院後の搬送となると、現行の点数が医療資源投入の多い入院初期(3日以内)の1日あたりの包括点数との差が大きい。 ②他施設への搬送には、患者側の理解を得るために救急診療と並行して時間と労力をかけ丁寧に説明する必要がある。 ③搬送人員の調整を要する。 上記の理由から、包括点数と同等もしくは費用に見合った点数の設定、算定対象期間の延長を希望したい。					
7	看護	新設		看護外来の算定評価		専門性の高い看護職員が増えており、根拠ある看護の提供が可能となっている。看護外来の評価を希望する	大規模病院では看護外来を導入し患者サービスの拡大を図っている。しかし、小～中規模病院では人員確保や収支を考慮し、看護外来開設ができない現状にある。算定可能となれば看護外来開設により多くの患者への予防ケア等が可能となるため評価を要望する。					
8	薬剤	新設		薬剤師外来指導料の新設		薬剤師外来指導料に対する加算 新設 1回200点/月	専門資格を有した薬剤師が外来患者指導を行うことに対する加算がない。専門資格を有した薬剤師が外来患者を指導することにより、地域のかかりつけ薬剤師と協働し患者ケアができるため、医療の質が向上すると考える。					

出来高 新設要望

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	臨床検査	新設	D215-3	乳腺エラストグラフィ検査の新設		乳腺エラストグラフィ検査 D215 超音波検査 2断層撮影法 ロそのほかの場合 (3)そのほか(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)350点に、乳腺エラストグラフィ検査加算200点を追加	昨今、乳がんの超音波検査においてエラストグラフィ(Ultra Sound Elastography: 超音波組織弾性映像法)を用いる良性病変に比べてがん組織が“より 硬い”ことを利用してがんを検出することができる。エラストグラフィを併用すると超音波による乳がん診断の精度が大幅に向上することが実証されている。診断精度の向上は医療費削減にもつながる。これらを踏まえ、乳がん検査に乳腺エラストグラフィ検査の新設を要望する。	エラストグラフィ検査用のアプリケーションを導入した超音波診断装置	1人		臨床検査技師1人	30分
10	臨床工学	新設	50 手術・麻酔	手術室領域への常勤臨床工学技士配置加算		専任の臨床工学技士がより高度な知識で、手術室領域における広大で高度な機器機器の操作や管理や、設備、電波・電磁環境に対して安全管理を行っている施設に対し手術患者一人あたり500点加算または複数の手術室に対し臨床工学技士複数名以上の加算追加も望ましい。	手術室領域における臨床工学技士の役割は、医師の指示の下に、麻酔器(特定保守管理機器の高度管理医療機器クラスⅢ)をはじめとする生命維持管理装置並びに手術関連機器の操作(清潔操作を含む)及び保守点検を行うことを業務とし、またそれらの機器の統括的管理を行う。更に医療機器の専門職として手術室領域における安全性の確保、医療機器関連情報の収集及び他の関係職種へ適正な使用方法等の情報提供を行うことで、安全な医療の確保及び向上に寄与することを目的とするとともに電気的安全や医療ガス、空調等施設の設備や電磁環境等の安全確保にも努めなければならない。それらの管理を行うためには多種多様な点検機器を揃える必要もあるため、診療報酬の算定を要望する。 また、臨床工学技士が手術室に常駐することでスコープオペレーター、清潔介助、麻酔補助、直接介助等の医師や看護師のタスクシェア/シフトにかかわり負担の軽減になりうると言える。そのためには1名常駐では無く複数名の配置も必要。	医療機器 チェッカー 電気生理 チェッカー ジェネレーター シミュレーター 等の校正 機器				

出来高 新設要望

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	臨床工学	新設		特定集中治療室管理料3, 4, 5, 6に取得施設に対し臨床工学技士配置加算の新設	現行、特定集中治療室管理料1, 2において専任の臨床工学技士が常時院内勤務していることを施設基準として含まれている。	臨床工学技士配置加算 イ 3日以内の期間 600点 ロ 4日以上7日以内の期間 400点 ハ 5日以上14日以内の期間 300点 施設の規模により1名から複数名にて更に加算追加。 特定集中治療室管理料3,4,5,6施設への専門性の高い臨床工学技士配置により、集中治療の質と安全性を向上させる。 施設基準 (1)特定。集中治療室管理料3から6もしくは救命救急入院料1, 3もしくはハイケアユニットのいずれかを算定している治療室であること。 (2)専任の臨床工学技士が常時、当該保健医療機関に勤務していること。 (3)人工呼吸器、血液浄化装置、補助循環装置等々を装着している、またはその前後の患者の経過観察や医師の指示の下に操作を行い、その内容を診療録に記載していること。 (4)医療機器安全管理料1を算定していること。	集中治療学会の調査によると特定集中治療室管理料1, 2以外(常時院内勤務が義務付けられていない)で臨床工学技士が集中治療室またはそれに準ずる部署で常時勤務している施設は約70%であり、集中治療治療室管理料算定している施設で最もVA-ECMOを実施している治療室は「特定集中治療室管理料5」の算定施設である。 VA-ECMOの他に集中治療室での血液浄化療法や人工呼吸器管理、その他医療機器の対応等、特定集中治療室管理料に関わらず臨床工学技士が対応する場面は多く、治療によっては数時間から数週間と集中治療室で勤務している。 集中治療室へ臨床工学技士が配置されることにより、機器の管理やトラブル対応が迅速に行え、治療の補助も行える為、医師や看護師、患者にとって有益であると言える。よって診療報酬の算定を要望する。 また、施設の集中治療室によって規模は異なるため、1名常駐では無く規模による複数名の配置も必要。					
12	臨床工学	新設		植込み型不整脈治療機器使用患者の退院前指導加算		臨床工学技士が患者および家族に対し、植込み型不整脈治療機器の退院前指導を実施した場合100点	植込み型不整脈治療機器を使用する患者は、一般的な生活をする上で様々な制限や注意事項があり、十分な理解を得られない場合は患者に不利益な動作をする場合がある。実際に植込み型不整脈治療機器の管理をしている臨床工学技士が退院前に患者および家族にそれらの指導をすることは安全管理上必要であり、診療報酬得の算定を要望する。					

出来高 新設要望

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	臨床工学	新設		救急・集中治療室等における血液透析加算		救急・集中治療室等において血液透析を実施した場合(1日につき)2,500点	救急・集中治療室等における血液透析(濾過)に関わるものだと『J038-2 持続緩徐式血液濾過1日につき』があるが、これは緩徐に持続して行われるものであり、通常の血液透析とは大きく異なる。『J038 人工腎臓(1日につき)』は、維持透析患者(または維持透析の導入)に対するものであるため、一時的に血液透析を施行する本要望とはこれも異なっている。 持続緩徐式血液濾過から間欠的な血液透析への移行は、必ずしも維持透析の導入とはならないことから、現状では救急・集中治療室等における一時的な血液透析について算定できる項目がない。 また、救急・集中治療室等にて施行される血液透析は通常の維持透析と異なり様々な基礎疾患や合併症を有しており、多数の医療機器が接続されているなど困難であることが多いため、医療機器や血液透析に精通している臨床工学技士の配置が必要と考える。 上記理由により、診療報酬の算定を要望する。					
14	臨床工学	新設		内視鏡手術支援機器管理料		内視鏡手術支援機器管理を行う専任の臨床工学技士が配置され、内視鏡手術支援機器を用いて治療を実施した場合(1症例につき)100点	内視鏡手術支援機器の取扱いに習熟した臨床工学技士が始業・終業点検ならびにトラブル対応をする必要があり診療報酬の算定を要望する。					
15	臨床工学	新設		在宅人工呼吸療法安全管理料 遠隔モニタリング加算		臨床工学技士が訪問して医療機器の管理指導を行った場合 ○臨床工学技士による在宅医療機器管理・指導料 600点／回 1回／月まで ○遠隔モニタリングによる場合(訪問による在宅医療機器管理・指導料の算定以外に) 300点／回 1回／月まで	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重要である。 臨床工学技士の定期的な訪問による保守点検、停電対策も含めた総合的な安全管理、ならびに教育の充実を図り、安全で安心な在宅医療の提供に対し診療報酬の新設を要望する。 また、遠隔モニタリングの推進は厚労省の規制改革項目にもあり、人工呼吸器の遠隔モニタリングを実施した場合の診療報酬についても別途新設を要望する。					

出来高 新設要望

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	臨床工学	新設	J038 注14として	パスキュラーアクセス 管理加算		臨床工学技士により、パスキュラーアクセス管理を実施し、経過管理した場合 患者1名につき 100点／回 1回／月まで	人工腎臓を実施する上でパスキュラーアクセスは無くしてはならないものであり、管理は非常に重要である。臨床工学技士によるシャントエコーやスコアリング等を用いた定量的な評価、経過管理が必要であり、臨床工学技士が行う事で医師のタスクシフト・シェアにも繋がるため、診療報酬の加点を要望する。					

DPC要望

NO	要望項目 (大分類)	要望項目 (小分類)	分類コード及び名称	要望内容
1	診断群分類樹形図	既存の樹形図改善: 手術・処置等1、2	150070: 川崎病	現行の川崎病のDPCでは、2ndライン治療を実施した場合の分岐選択がない。ガンマグロブリンは薬価も高く、2ndラインを実施した症例においては出来高と比較してもマイナスになる事が多いため手術・処置等2もしくは重症度分岐の新設を希望する。
2	医療機関別係数等	機能評価係数Ⅱ(指数含む)	複雑性係数	現行の評価方法(当該医療機関の包括範囲出来高点数を、DPCごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置き換えた点数/全病院の平均一入院当たり包括点数)では、特定の疾患に偏った医療機関の係数指標が高く評価され、地域の救急患者等を幅広く受け入れている医療機関の係数指標が低くなる傾向がある。適正な評価方法への変更を要望する。
3	提出データ	その他		医療機関の負担を軽減するため、DPC様式1の項目の簡素化やDPCデータチェックツールを再調査対応にするなど、DPCデータの作成および再調査に係る業務効率化を図ること。また患者調査については、DPC様式1やEFファイルなどのデータを活用し、自動的に調査結果が得られる仕組みを構築することを強く要望する。
4	算定方法	包括の範囲	遺伝学的検査	入院中に行うことが必要となる遺伝子検査、染色体検査の標本作成料、病理診断料が現在はDPC包括となっているが、非常に高額であるため、包括対象外とし、出来高算定対象、または診断群分類の分岐とすることを要望する。
5	算定方法	再入院の取扱い		一連の入院とみなされる7日以内の再入院ルールについて、現在「診断群分類区分の上2桁が同一の場合」とされているが、“上2桁の同一”のみの判定では、消化器疾患など分類が多い区分において、明らかに異なる疾患での入院であるにも関わらず再入院扱いとなる。 例)060020胃の悪性腫瘍 → 060150 虫垂炎 ゆえに、 ①診断群分類区分の上2桁が同一でも明らかに異なる疾患での入院である場合、あるいは ②緊急入院の場合は再入院扱いから除外するなど、再入院ルールの見直しを要望する。

【(P15)出来高 改正要望 No.5 参考資料】

●参考:日本小児科学会の提言

(登録:2007.12.18)

「小児科医は子ども達が成人するまで見守ります」

日本小児科学会では、小児科が診療する対象年齢を、現在の「中学生まで」から「成人するまで」に引き上げること、そして、その運動を全国的に展開することを、平成18年4月に決定しました。これまで小児科に通院していた15～20歳の方はもちろん、これまで小児科に通院していなかった15～20歳の方も、どうぞ、気軽に小児科医に御相談下さい。小児科医は、積極的に診察して参ります。

●参考:移行期医療に関する日本小児科学会の提言

2014年に、日本小児科学会の移行期の患者に関するワーキンググループ(WG)は、「小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言」を発表した(2014年提言)

小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言

近年の小児期医療の進歩により多くの命が救われてきましたが、原疾患自体や合併症が持続しながら思春期・成人期を迎える患者も多くなっています。こうした患者に対して、小児期医療も成人期医療も、現状では必ずしも適切な医療を提供できていません。これらの患者が病態・合併症の年齢変化や身体的・人格的成熟に即して適切な医療を受けられるように、日本小児科学会の基本的な考え方を提示したく提言を作成いたしました。

この提言の作成にあたっては、日本小児科学会小児医療委員会のもとで「移行期の患者についての検討ワーキンググループ」が作成し、小児期関連学会からの意見、および、日本小児科学会ホームページを通じたパブリックコメントに基づいてワーキンググループが加筆・修正し、さらに、日本内科学会等から意見を求めて最終案を作成し、日本小児科学会理事会が最終的に承認したものです。

日本小児科学会 会長 五十嵐 隆