

全自病協第 289号
平成23年7月22日

会員病院長
準会員 各位
関係者

(社) 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 佐藤 裕俊

平成24年度 社会保険診療報酬に関する改正・新設要望書について

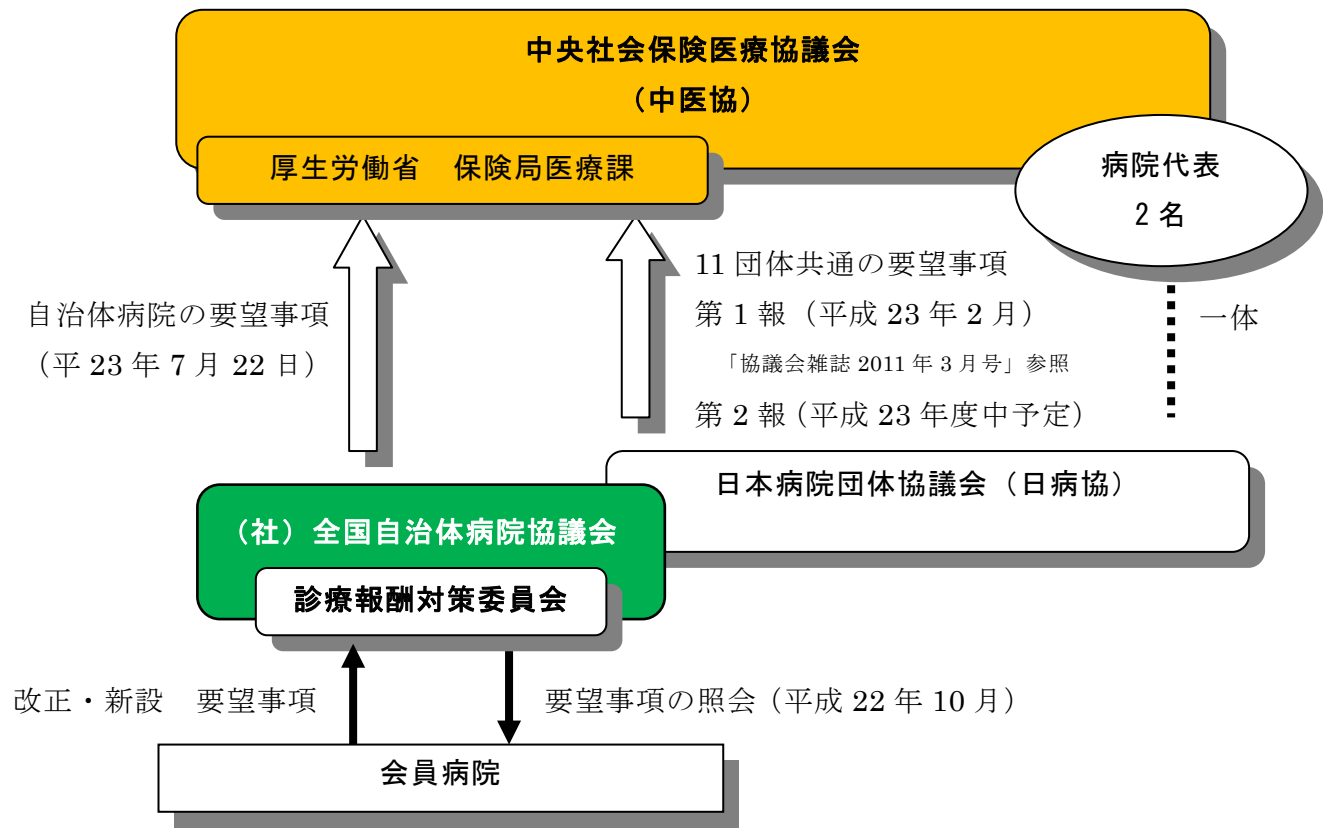
平素は当協議会事業にご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

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

その調査結果を基に、平成24年度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（金）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 24 年度 社会保険診療報酬に関する 改正・新設要望書

2011 年 6 月 9 日



社団法人 全国自治体病院協議会

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をいたしました。

調査の結果、医師のみならず、精神科、リハビリ、事務、看護、薬剤、臨床検査、放射線、栄養をはじめとする各部門からの多数の要望をいただき、それらを診療報酬対策委員会において整理したものが本要望書であり、平成24年度診療報酬改定において改正・新設が不可欠な事項です。

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

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

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 (2011.6.9 現在)

◎	佐藤 裕俊	参与	船橋市立医療センター 元院長
○	木村 泰三	参与	富士宮市立病院 名誉院長
	吉田 象二	常務理事	総合病院国保旭中央病院 院長
	原 義人	常務理事	青梅市立総合病院 院長
	瀬戸 嗣郎	常務理事	市立岸和田市民病院 院長
	小林 進		千葉県立佐原病院 院長
	川副 泰成	精神科特別部会 運営委員	神奈川県立精神医療センターせりがや病院 院長
	横山 和正	リハビリテーション部会 部会長	兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 院長
	岸 義明	事務長部会 幹事	公立昭和病院 事務局長
	馬渡 法子	看護部長部会 副部会長	東京都立大塚病院 看護部長
	田中 照夫	薬剤部長部会 副部会長	高知県・高知市病院企業団立高知医療センター 薬剤局長
	齋藤 勝彦	臨床検査部会 部会長	富山市立富山市市民病院 中央研究検査部主任部長兼病理診断科部長
	佐々木 康夫	放射線部会 部会長	岩手県立中央病院 副院長
	本荘谷 利子	栄養部会 副部会長	財団法人東京都保健医療公社荏原病院 栄養科長

◎は委員長、○は委員長代行

目次

最重点要望（出来高、D P C） P 1 ～ P 1 1

出来高 改正要望 P 12 ～ P 38

出来高 新設要望 P 39 ～ P 43

D P C 要望 P 44 ～ P 52

○ 最重点要望事項

出来高

○ 1	A000、A001、A002 初再診料における同一日複数科受診の取扱い	1
○ 2	A002 外来診療料	1
○ 3	A100 一般病棟入院基本料の抜本的見直し	1
○ 4	A200 総合入院体制加算の施設基準	2
○ 5	A221 重症者等療養環境特別加算の施設基準	2
○ 6	A226-2 緩和ケア診療加算の施設基準	2
○ 7	A232 がん診療連携拠点病院加算の算定要件	3
○ 8	A307 小児入院医療管理料算定における、高額診療材料のまるめの見直し	3
○ 9	入院加算 へき地等加算	3
○ 10	A229-2 精神科慢性重症患者入院医療管理加算	4
○ 11	H000 早期リハビリテーション加算	4
○ 12	H001、H002、H003 疾患別リハビリテーション	5

○ 13	A207-3 急性期看護補助体制加算	5
○ 14	外来看護師配置加算新設	6
○ 15	G020 無菌製剤処理料	6
○ 16	B 薬剤管理指導料の薬剤師配置加算	6
○ 17	D400 診断穿刺・検体採取料・血液採取 1 静脈の増点	7
○ 18	D017～D022 細菌検査の院内実施加算	7
○ 19	CT 血管再構成画像加算	7
○ 20	ポータブル撮影の評価（加算）	7
○ 21	A233-2 栄養サポートチーム加算	8
○ 22	B001-9、10 外来栄養食事指導料 入院栄養食事指導料	9

D P C

○ 1	採算割れ 04 呼吸器	10
○ 2	採算割れ 14 新生児	10
○ 3	緊急入院の取扱	10
○ 4	一部の高額薬剤の取扱	10
○ 5	地域連携と他院受診の取扱	10
○ 6	一部の技術の出来高扱いへの変更 病理組織標本作製	11

出来高 改正要望 P12 ～ P38

○ 最重点要望事項

○	1	A000、A001、A002	初再診料における同一日複数科受信の取扱い	12
○	2	A002	外来診療料	12
	3	A001	地域医療貢献加算	12
○	4	A100	一般病棟入院基本料の抜本的見直し	13
	5	A101	療養病棟入院基本料 医療区分3 持続点滴の日数制限	13
	6	A101	療養病棟入院基本料2	13
	7	A101	療養病棟入院基本料 医療区分評価項目の新設	13
	8	A101	療養病棟入院基本料の包括範囲入院時基本検査の分離	14
○	9	A200	総合入院体制加算の施設基準	14
	10	A204-2	臨床研修病院入院診療加算	14
	11	A207-2	医師事務作業補助体制加算	14
	12	A218-2	離島加算	15
	13	A219	療養環境加算の算定要件	15
○	14	A221	重症者等療養環境特別加算の施設基準	15
	15	A221-2	小児療養環境特別加算の算定要件	15
○	16	A226-2	緩和ケア診療加算の施設基準	16
○	17	A232	がん診療連携拠点病院加算の算定要件	16
	18	A234	医療安全対策加算	16
	19	A236-2	ハイリスク妊娠管理加算	16
	20	A238-4、A238-5	救急搬送患者地域連携紹介加算、受入加算	17
	21	A238-4	救急搬送患者地域連携紹介加算	17
	22	A242	呼吸ケアチーム加算	17

23	A303-2	新生児治療回復室入院医療管理料の施設基準	17
24	A303-2	新生児治療回復室入院医療管理料の施設基準	18
25	A307	小児入院医療管理料の施設基準	18
26	A307	小児入院医療管理料の包括範囲の見直し	18
○ 27	A307	小児入院医療管理料算定における、高額診療材料のまるめの見直し	19
28	A307	小児入院医療管理料算定における、ギプス、装具治療のまるめの見直し	19
29	A307	小児入院医療管理料算定における、疾患別リハビリテーション料のまるめの見直し	19
30	A308-2	亜急性期入院医療管理料	20
31	A308-2	亜急性期入院医療管理料	20
32	A308-2	亜急性期入院医療管理料	20
33	B000	特定疾患療養管理料	20
34	B001 (1)	ウイルス疾患指導料	21
35	B001 (4)	小児特定疾患カウンセリング料	21
36	B001 (6)	てんかん指導料	21
37	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	22
38	B001 (13)	在宅療養指導料	22
39	B001 (23)	がんカウンセリング料	22
40	B001-2-2	地域連携小児夜間・休日診療料の施設基準	22
41	B004、B005	退院時共同指導	23
42	B005-2	地域連携診療計画管理料	23
43	B005-2、B005-3	地域連携診療計画管理料	23
44	B005-6	がん治療連携計画策定料	24
45	B011-4	医療機器安全管理料 1	24
46	C000	ドクターカー・ドクターヘリによる緊急医師出動	24
47	C000	在宅療養支援病院における要件緩和	24
48	C004	救急搬送診療料	25
49	C169	気管切開患者用人工鼻加算	25
50	G 通則 6	外来化学療法加算	25

51	G001 在宅患者静脈注射料	25
52	K 手術 通則 4	26
53	K 外保連 ABC 項目の増点	26
54	K920-21 輸血管理料 I	26
55	その他 専従要件の緩和	26
56	A311、A311-2 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、 精神科救急・合併症入院料の増点	27
57	H 言語聴覚士の実施リハビリ	27
○ 58	H000 早期リハビリテーション加算	27
○ 59	H001、H002、H003 疾患別リハビリテーション	28
60	H001 または H007 脳血管リハビリテーション料または障害児リハビリテーション料	28
61	H003 呼吸器リハビリテーション料	28
62	H007-2 がん患者リハビリテーション料	29
63	A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	29
64	A100 7 対 1 入院基本料	30
○ 65	A207-3 急性期看護補助体制加算	31
66	A234 感染防止対策加算	31
67	A235、A236 褥瘡患者管理加算	32
68	C101~112、C114 在宅療養指導管理料	32
69	B008 薬剤管理指導料	32
70	F500 調剤技術基本料	32
○ 71	G020 無菌製剤処理料	33
○ 72	D400 診断穿刺・検体採取料・血液採取 1 静脈の増点	33
73	D018-3 複数カ所から血液細菌培養同定検査を行った場合の増点	33
74	D404-1、D404-2 骨髄穿刺（胸骨）及び（その他）の点数見直し	33
75	N004 細胞診	34
76	E 電子画像管理加算	34
77	E101-3 ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影	34

○ 78	CT 血管再構成画像加算	34
79	ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影	35
○ 80	A233-2 栄養サポートチーム加算	35
81	A233 栄養管理実施加算	36
82	B001-9、10 外来栄養食事指導料 入院栄養食事指導料	36
○ 83	B001-9、10 外来栄養食事指導料 入院栄養食事指導料	37
84	入院時食事療養 入院時食事療養Ⅰの増額	38
85	入院時食事療養 特別食加算	38

出来高 新設要望 P 39 ～ P 43

○ 最重点要望事項

○ 1	入院加算 へき地等加算	39
2	入院加算 災害派遣医療チーム加算	39
○ 3	A229-2 精神科慢性重症患者入院医療管理加算	39
4	A231-5 重度薬物依存症入院医療管理加算	39
5	A313 児童・思春期精神科専門病棟入院料	40
6	A244 リエゾン・コンサルテーションチーム診療加算	40
7	I016 精神科多職種サポートチーム訪問料	40
○ 8	外来看護師配置加算新設	41
○ 9	B 薬剤管理指導料の薬剤師配置加算	41
10	B 薬剤管理指導料の初回加算	41
11	G000～G006 化学療法加算	42
○ 12	D017～D022 細菌検査の院内実施加算	42
13	D012、D023 ノロウイルス抗原同定検査、ノロウイルス核酸同定検査	42
14	画像情報の広域保管管理と利用系の確立について	42
○ 15	ポータブル撮影の評価（加算）	43
16	高磁場 MRI（3.0T）への加算	43
17	移動体撮影に関する加算	43
18	高性能 CT 加算	43

D P C 要望 P44 ～ P52

○ 最重点要望事項

	1	採算割れ	01	神経	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	44
	2	採算割れ	02	眼科	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	44
	3	採算割れ	03	耳鼻	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	44
	4	診断群分類の見直し		手術の有無→03 耳鼻	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	44
○	5	採算割れ	04	呼吸器	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	44
	6	採算割れ	05	循環器	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	44
	7	採算割れ	05	循環器	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	44
	8	診断群分類の見直し	05	循環器	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	45
	9	採算割れ	05	循環器	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	45
	10	診断群分類の見直し	06	消化器	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	45
	11	採算割れ	06	消化器	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	45
	12	採算割れ	06	消化器	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	45
	13	採算割れ	06	消化器	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	45
	14	採算割れ	06	消化器	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	46
	15	採算割れ	06	消化器	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	46
	16	診断群分類の見直し	06	消化器	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	46
	17	採算割れ	06	消化器	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	46
	18	採算割れ	06	消化器	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	46
	19	診断群分類の見直し	06	消化器	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	46
	20	診断群分類の見直し	06	消化器	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	47

	21	採算割れ 07 筋骨格	47
	22	診断群分類の見直し 10 内分泌	47
	23	診断群分類の見直し 10 内分泌	47
	24	診断群分類の見直し 11 腎尿路	47
	25	採算割れ 12 女性	48
	26	採算割れ 12 女性	48
	27	その他 13 血液	48
	28	採算割れ 13 血液	48
	29	採算割れ 13 血液	48
	30	採算割れ 13 血液	49
	31	診断群分類の見直し 13 血液	49
	32	採算割れ 13 血液	49
○	33	採算割れ 14 新生児	49
	34	採算割れ 14 新生児	49
	35	採算割れ 15 小児	50
	36	診断群分類の見直し 16 外傷	50
○	37	緊急入院の取扱	50
	38	救急応需の体制評価	50
○	39	一部の高額薬剤の取扱	50
○	40	地域連携と他院受診の取扱	51
	41	地域医療の評価	51
	42	専門職配置の評価 病棟薬剤師	51
	43	専門職配置の評価 診療情報管理士	51
	44	ツリー図の全体的な見直し 副傷病	51
	45	ツリー図の全体的な見直し 埋め込み型カテーテル	51
○	46	一部の技術の出来高扱いへの変更 病理組織標本作製	52
	47	一部の技術の出来高扱いへの変更 血漿製剤	52
	48	調整係数の移行	52

49	機能評価係数の改正	大腿骨頸部骨折	・ ・ ・ ・ ・	52
50	機能評価係数の新設	災害拠点病院	・ ・ ・ ・ ・	52
51	その他	17 精神	・ ・ ・ ・ ・	52

最重点要望(出来高、DPC)

○ 最重点要望事項

	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	1	医師	改正	A000 A001 A002	初再診料における同一日複数科受診の取扱い	初診料 1科目 270点 2科目 135点 3科目 0点 再診料 (外来診療料) 1科目 69点(70点) 2科目 0点(0点)	初診料 1科目 270点 2科目 270点 3科目 270点 再診料 (外来診療料) 1科目 69点(70点) 2科目 69点(70点)	医師の専門性を活かした各科協調による医療はより高度な全人的医療の提供であり、その個別診療科の専門性は当然評価されるべきである。したがって「同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合、すべての診療科について、初診料および再診料の区別なく、また減算することなく算定できること」を要望する。					
○	2	医師	改正	A002	外来診療料	70点	90点	平成22年度改正で病院再診料の点数が見直され、外来診療料との差はわずか1点となっている。それにもかかわらず、外来診療料には包括されている項目があり、病院負担は大きく不合理である。評価を引き上げること。					
○	3	医師	改正	A100	一般病棟入院基本料の抜本的見直し	看護師の配置数による評価	大幅な増額と診療機能によるコストを反映した評価	一般病棟入院基本料は、主に看護師の配置数で点数が決められているため、地域医療の中核を担う病院が医師をはじめとした多岐にわたる専門職を配置し、高額な医療設備を備え、高い医療機能体制を提供しても入院基本料には反映されない。 これら医師数も含めた診療機能によるコストを適切に反映した評価体系となるよう大幅な増額を行うこと。すなわち、「看護師の配置数による評価」から「診療機能によるコストを反映した評価」に再設計を行うこと。					

	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 算の施設基準	[施設基準] 逆紹介と治癒の患 者数が総退院患者 数の40%以上 標榜診療科の要件	廃止、または要件 緩和	平成20年度に見直された項目だが、算定基準 が実態に即していないため、2次・3次救急を提 供している病院のほとんどが算定できていない。 「逆紹介と治癒の患者数が総退院患者数の 40%以上」については廃止、または慢性疾 患や悪性腫瘍など「治癒」すること自体稀な傷 病を「軽快」や「寛解」として含めるなど、要件を 緩和すること。 また、医師不足・偏在により、地域によっては 小児科、産科などの入院医療を集約化によっ て対応している。限られた医療資源を有効に 活用しなければならない現状から、精神科以 外の診療科についても各地域の連携体制を考 慮すること。					
○	5	医師	改正	A221	重症者等療養環 境特別加算の施 設基準	一般病棟の平均入 院患者数の7%以 内	一般病棟の平均入 院患者数の15%以 内	重症患者が集中する急性期医療機関にとっ て、概ね7%以内という基準は極めて低い。病 院機能の分担を推進する観点から急性期医 療機関は15%とすること。					
○	6	医師	改正	A226-2	緩和ケア診療加 算の施設基準	医師の常勤要件	施設基準の緩和	精神科等を標榜していない病院でも緩和ケア 診療を行っているが、常勤の精神科医がい ないことで算定できない。常勤でなくとも、連携を とり定期的に指導を受けている場合は算定を 認めること。 また、現在の医師不足状況を勘案し、身体症 状・精神症状を担当する医師のどちらか専従 とする要件を専任に緩和すること。					

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	A232	がん診療連携拠点病院加算の算 定要件	算定要件(2) 当該加算は、別の 保険医療機関又は 健康診断を実施し た医療機関の医師 に悪性腫瘍と診断 された患者であつて (以下省略)。	算定要件(2) <u>悪性腫瘍を疑い紹 介された患者、又 は悪性腫瘍と診断 された患者</u>	開業医からの紹介患者については、確定診断 に至らず、悪性腫瘍を疑う状態での紹介が大部分で、算定要件を満たさないため、ほとんど 算定ができない現状である。悪性腫瘍疑いで がん診療連携拠点病院に紹介され、がん診療 連携拠点病院での精査の結果、悪性腫瘍と確 定診断された患者についても算定の対象として いただきたい。					
○ 8	医師	改正	A307	小児入院医療管 理料算定におけ る、高額診療材 料のまるめの見 直し		高度な専門的技術 を要するリスクが高 い検査であるため、 手術と同様に小児 入院医療管理料を 算定していても材料 費が請求できるよう にしていきたい	15歳以上とカテーテル治療の場合にはカテー テル材料費が取れるが、小児入院医療管理料 を算定している場合には、検査として全て「ま るめ」にされてしまう。新生児から乳児などは 非常に危険を伴う高度な専門技術であるのに 通常の採血検査や胸部XPなどと同様に扱わ れるのははなはだ不当である。	カテーテル(3 本)、ガイドワイ ヤー、消毒布、 造影剤、ヘパリンなどの注射 薬、心電図呼吸 モニター	2人	1人	1人	120 分
○ 9	医師	新設	入院加算	へき地等加算		18点	厚生労働大臣が定める地域の加算として、「離 島加算」、「地域加算」等はあるが、過疎地域 自立促進特別措置法に定める過疎地域に対 する加算がないため、上記の加算同様に認める こと。					

	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	新設	A229-2	精神科慢性重症 患者入院医療管 理加算(1日につ き)		1年以上の入院患 者を対象 1日につき 300点	急性期医療と地域生活支援の進展にもかかわ らず、治療抵抗性で手厚いケアを要する患 者群が残るのは周知であるが、診療報酬上の 手当ては皆無である。 その病棟の看護師配置が13:1以上もしくは急 性期包括病棟であることを施設基準として、① 現在も措置入院であるか、または今回の入院 経過の中に措置入院もしくは医療観察法入院 医療があった、②過去に医療観察法に準ずる 重大な他害行為を行って通報、申立て、起訴 が行われた、のいずれかを満たす患者に算定 する。					
○	11	リハ ビリ	改正	H000	早期リハビリテー ション加算	[起算日] 発症・受傷日から起 算	[起算日] リハビリ開始時から 起算	入院時(発症時・受傷時)において持続点滴・ 酸素吸入などのライフラインが接続されてお り、救命・治療に専念され、リハビリが実施で きないことがある。発症・受傷日からの算定開始 では「早期加算」の算定がほとんど出来ないた め算定要件を見直し、リハビリが可能になった 時点から同じ期間加算を取れるように改正す ること。					

	No	要望 部門	改正・ 新設 区分	点数表 区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材 料とその価格等	医 師	看 護 師	そ の 他	所要 時間
○	12	リハ ビリ	改正	H001 H002 H003	疾患別リハビリ テーション	疾患別	点数格差是正	疾患別リハビリテーションには脳血管疾患等 のリハビリテーション(Ⅰ)(廃用症候群:235 点、その他:245点)、運動器リハビリテーシ ョン(Ⅰ)(175点)、呼吸器リハビリテーシ ョン(Ⅰ)(170点)と、疾患により点数の格差があるが、 運動器、呼吸器ともに、リハビリのプログラム 実施は脳血管と同等の対応が必要であるの で、格差は非合理的であり、少なくとも、心大 血管疾患リハビリテーション料200点へ引き上 げを要望します。					
○	13	看護	改正	A207-3	急性期看護補助 体制加算	1 1日につき 初日 から14日間 1(50対1) 120点 2(75対1) 80点 重症患者比率 7 対1 15%以上 2 看護補助者は、 直接雇用若しくは 派遣職員	1 全入院期間 ①重症度比率の引 き下げ 10%以上に する ②病棟単位の算定 (この場合、重症度 や平均在院日数要 件なども考えられ る)を認めていただ きたい。 2 補助者の任用 形態の多様化に評 価。一定の条件 下で、業務委託による 実質的な看護補助 を行っている場合も 対象とする。	1 患者の合併症や高齢化等に伴い急性期の 治療を終えた後でも看護・介護を要し手厚い人 員体制を確保することが必要な現状である。 2 自治体病院等では、直接雇用の看護補助 者増員は難しく、派遣についても政令26業務 以外であり、長期雇用はできない状況である。 一定の条件下で、業務委託による実質的な看 護補助を行っている場合も、何らかの評価をお 願いしたい。					

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	看護	新設		外来看護師配置 加算新設	外来看護師配置は 医療法施行規則で 定めた30対1のみ。	急性期病院におい て、20対1配置とす る。 外来患者数20に対 し看護師1名を配置 した場合に算定す る。 患者1人につき66点	DPCの導入等により、入院前の検査や退院後 の処置・生活指導等が増加している。また、外 来看護師の業務は、診療の補助中心の業務 から患者の個別性に応じた検査・処置に対す る説明や生活指導等、看護の専門性を発揮し た業務内容へ変化している。しかし、看護師が 行った業務の評価がなされていない。適切な 看護職員を配置し、患者に提供した看護を評 価していただきたい。					
15	薬剤	改正	G020	無菌製剤処理料	無菌製剤処理料1 イ 閉鎖式接続器 具を使用した場合 100点、 ロ それ以外の場 合 50点 無菌製剤処理加算 料2 40点	無菌製剤処理料1 イ 300点 ロ 150点 無菌製剤処理加算 料2 60点	作業の専門性、複雑性、危険性等を考慮した 場合、現行点数では安全保護に関する設備の 維持や消耗品等ランニングコストをまかなう評 価となっていないか特に抗がん剤を扱う無菌 製剤処理料1については大幅なアップを要望 する。					
16	薬剤	新設	B	薬剤管理指導料 の薬剤師配置加 算(1回につき)		薬剤師病棟配置加 算1(当該患者のい る病棟に専従の薬 剤師が配置されて いる):100点 薬剤師病棟配置加 算2(当該患者のい る病棟に専任の薬 剤師が配置されて いる):50点	薬剤師が病棟において薬に関する業務全般を 行うことにより、薬の服用による副作用防止、 薬剤の適正使用やその結果として医療の質を 向上させることができる。					

	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	臨床 検査	改正	D400	診断穿刺・検体 採取料・血液採 取1静脈の増点	13点	18点	採血ホルダーのディスプレイ化、患者ご との手袋交換、翼状針の推奨などによ って採血 機材代が増加しており、経費が賄えない。				1人	15分
○	18	臨床 検査	新設	D017～ D022	細菌検査の院内 実施加算		D017～D022の細 菌検査すべてを院 内で実施している 場合に、入院初日 に50点加算する。	細菌検査は培地の確保や設備、労力にたい するコストが外注に比較し割高であり、また外注 検査では検体劣化や菌死滅による感度の低下 や運搬等における汚染の危険性が回避でき ない。一方、院内実施による迅速な結果報告 やデータ管理は特に入院患者において感染症 診断の向上につながるのみならず、院内感染 の早期発見と対策防止にたいへん有意義であ る。院内感染対策の観点からも細菌検査院内 実施加算を要望する。				1人	
○	19	放射 線	改正		CT血管再構成 画像加算	冠動脈 1,000点 脳血管 500点 その他の血管 200点	冠動脈 1,000点 その他 500点	撮影以外の処理をする時間がかかるため、評 価を行うこと。	ワークステイ ション ソフト代 金 サーバ容量 の増加など、 5,500万円				
○	20	放射 線	新設		ポータブル撮影 の評価(加算)		120点	入院患者の中には寝たきりなど動きが制限さ れる患者も多いので、ポータブル撮影の頻度 が増えている。時間と人員も必要のためポータ ブル撮影に関して加算を設定すること。また、 災害時の在宅診療にも有効である。					

No	要望 部門	改正・ 新設 区分	点数表 区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材 料とその価格等	医 師	看 護 師	そ の 他	所要 時間
○ 21	栄養	改正	A233-2	栄養サポート チーム加算	専任の常勤医師、 看護師、薬剤師、管 理栄養士のいずれ か専従として配置 200点	現行の栄養サポ ートチーム加算に加 え、算定要件のう ち、専従要件のみ 満たすことが出来 ない場合におけるN ST活動に対する評 価を別に要望する。 <u>栄養サポートチ ーム加算2(追加)</u> 150点 現行の栄養サポ ートチーム加算を、 栄養サポートチ ーム加算1 とする 200点→300点 一般病棟が対象 精神病棟も追加	NSTによる診療は栄養改善のための医療に 極めて有効である。 ①ただし、病床規模の違いによって、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。 ②小規模病院以外においても、活動件数その ものは少ないものの、地道に実績を上げ活動 している病院も多い。現在の算定要件との開 きが大きいために、これら多くの施設は逆に目 標をなくしてしまう結果となっている。 ③本加算によって対象者の栄養食事指導料 が算定できなくなった。治療効果を高める上 で栄養食事指導は重要なため、点数上乘せを要 望。 ④精神病棟入院基本料にも適用すること。					

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	栄養	改正	B001-9、 10	外来栄養食事指 導料 入院栄養食事指 導料	対象疾患拡大	特に次の3項目に ついては栄養食事 指導料算定病名に 加えていただくこ とを強く要望する。 <u>①低栄養 ②肥満</u> (BMI25以上) <u>③咀嚼・嚥下障害 疾患</u> また、以下の項目 についても同様で ある。 <u>④胆石・胆のう炎</u> <u>⑤境界型糖尿病</u> <u>⑥尿路結石 ⑦イ レウス ⑧慢性呼 吸不全</u> を加え る。 <u>⑨食物アレル ギー患者の栄養指 導は9歳未満の枠 を外す</u> <u>⑩先天性代謝異常 関連に以下の病名 を加える。ウィル ソン病、シトリン欠損 症等</u>	栄養食事指導は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る。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。専門知識を有する管理栄養士の 指導により病態改善効果が期待できることか ら、対象疾患の拡大と基準の緩和を要望す る。 <u>①低栄養</u> →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。 （算定要件）経口摂取を行う患者であって次 に掲げる要件に該当するものであること。な お、経管栄養のみの患者は対象外であるが、 経管栄養と経口摂取を併用している場合は、 対象患者となる。 ・ 低栄養状態にある者。なお、低栄養状態 にある者とは、アルブミン 値が概ね3.5g/dL以 下の者若しくはBMIが概ね18.5未満の者又は 医師が低栄養状態にあると認めた者をいう。 ・ 区分番号「A233」栄養管理実施加算が 算定されていること。 ・ 当該指導の実施日において、食事が提供 されていること。 <u>②肥満BMI25以上</u> →日本肥満学会の東京宣 言でBMI25以上を肥満としている。 <u>③咀嚼・嚥下障害疾患</u> →介護保険制度では対 象となっている。 その他疾患についても同様の効果が期待でき る。					

No	要望項目	MDCコード等	要望内容
○ 1	採算割れ	04 呼吸器	040080「肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」の診断群分類は(特に成人の肺炎に関して)出来高請求に比べて採算割れとなるケースが多く見受けられる。22年度本体調査で新たに『肺炎の重症度分類』が設けられたことから、24年度改正では重症度、年齢、ならびに併存症等を考慮した評価の引き上げを要望する。 ＜参考＞ 040080 × × 99 × 00 × : 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし(※20歳以上) 285症例、平均症例単価(出来高/DPC、59.7万/63.6万)、平均差額－3.9万
○ 2	採算割れ	14 新生児	140010「妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害」の診断群分類は、新生児疾患の殆どがこの診断群に分類されるため、出来高請求に比べ採算割れとなるケースが多く見受けられる。より詳細な診断群分類の新設、又は、包括評価の引き上げを望む。 ＜参考＞ 140010 × 199 × 0 × × : 妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害(出生児体重2500g以上)手術なし 手術・処置なし等2なし 383症例、平均症例単価(出来高/DPC、17.5 万/14.6万)、平均差額－2.9万
○ 3	緊急入院の取扱		急性期入院医療を提供するDPC対象病院が『緊急入院』として即日入院を受け入れるケースが総入院患者数の約45%を占めている。『緊急入院』は、診断を確定するまで多くの検査・画像診断を行うが、『予定入院』との区別なく同様に包括して取り扱われるため、『予定入院』に比して採算が非常に悪い結果となっている。この部分については22年4月より機能評価係数Ⅱとして評価されているところではあるが、引き続きDPC対象病院が『緊急入院』を積極的に受け入れることができるよう、『緊急入院』については入院後48時間以内(もしくは入院2日目まで)は出来高とすること。
○ 4	一部の高額薬剤の取扱		化学療法等で使用する一部の高額な薬剤については、ほんの一部のみ出来高算定が可能となっているが、多くが採算割れになっている。採算割れが顕著な高額薬剤については出来高算定とするか、樹形図の分岐を増やす等により採算割れとならないよう制度設計を行うこと。
○ 5	地域連携と他院受診の取扱		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(PET-CT検査等)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料がない場合で、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。

○

No	要望項目	MDCコード等	要望内容
6	一部の技術の出来高 扱いへの変更	病理組織標本作製	通常、入院患者の病理組織検査は悪性腫瘍等手術摘出臓器が多く、外来等の生検検体に比べ標本作製には医師をはじめ多くの人的経費を含めた支出が必要である。また、免疫染色（免疫抗体法）病理組織検査は、高額な試薬を用い、いずれも患者の治療選択あるいは病理診断鑑別診断に直結したものであり、多臓器数検索のことも多く、多数の標本作製する必要がある。現在は、十分な検索を行う場合は病院の持ち出しとなっている。従って、入院悪性腫瘍手術検体は病理組織標本作製ならびに免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製をDPC包括算定から除外し、出来高算定とすること。

出来高改正要望

○ 最重点要望事項

No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
1	医師	改正	A000 A001 A002	初再診料における同一日複数科受診の取扱い	初診料 1科目 270点 2科目 135点 3科目 0点 再診料 (外来診療料) 1科目 69点(70点) 2科目 0点(0点)	初診料 1科目 270点 2科目 270点 3科目 270点 再診料 (外来診療料) 1科目 69点(70点) 2科目 69点(70点)	医師の専門性を活かした各科協調による医療はより高度な全人的医療の提供であり、その個別診療科の専門性は当然評価されるべきである。したがって「同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合、すべての診療科について、初診料および再診料の区別なく、また減算することなく算定できること」を要望する。					
2	医師	改正	A002	外来診療料	70点	90点	平成22年度改正で病院再診料の点数が見直され、外来診療料との差はわずか1点となっている。それにもかかわらず、外来診療料には包括されている項目があり、病院負担は大きく不合理である。評価を引き上げること。					
3	医師	改正	A001	地域医療貢献加算	3点 診療所のみ算定	100点 へき地医療拠点病院も算定	この加算を取るためには少なくとも夜間医師一人・看護師一人が拘束されることとなりその人件費を賄うためには100点以上は必要。現状では再診患者を1日平均40人診たとして1日1200円の収入にしかならず、他の施設と連携の取れない診療所では非現実的な加算である。例えば10施設で連携を取ったとしても非現実的な数字である。この加算により新たに24時間体制を整える施設が増えるとは考えにくく、本来の病院の負担を減らす目的には不十分な点数である。 また、へき地診療所における医療活動を継続的に実施しており、標榜時間以外も対応を行う体制を有していることから、へき地医療拠点病院も算定可能とすること。		3人以上	3人以上		その他

○

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	A100	一般病棟入院基本料の抜本的見直し	看護師の配置数による評価	大幅な増額と診療機能によるコストを反映した評価	一般病棟入院基本料は、主に看護師の配置数で点数が決められているため、地域医療の中核を担う病院が医師をはじめとした多岐にわたる専門職を配置し、高額な医療設備を備え、高い医療機能体制を提供しても入院基本料には反映されない。 これら医師数も含めた診療機能によるコストを適切に反映した評価体系となるよう大幅な増額を行うこと。すなわち、「看護師の配置数による評価」から「診療機能によるコストを反映した評価」に再設計を行うこと。					
5	医師	改正	A101	療養病棟入院基本料 医療区分3 持続点滴の日数制限	7日間の日数制限	日数制限の撤廃	24時間点滴実施で医療区分3を算定できるのは7日間となっているが、中心静脈栄養で医療区分3を算定している患者が体調不良等のため中心静脈栄養を休止し、24時間点滴に切替えた場合、7日を過ぎると医療区分1となる。患者の病状には大きな変化がないにも関わらず点数が大幅に下がるため、期限を廃止すること。					
6	医師	改正	A101	療養病棟入院基本料2	低評価 (例) 医療区分1・ADL区分1 722点	コストに合った評価 医療区分1・ADL区分1 900点	平成22年度改正でA～Iの9区分に細分化(これまでは5区分)し、患者の状態に対応したものと理解するが、たとえば基本料Iなど722点とビジネスホテル宿泊費並みであり、医療資源を投じているコストに見合っていないため、評価を引き上げること。産科、小児科、救急医療への評価への反面、慢性期医療に大きなしわ寄せを受けている点に再考をお願いしたい。					
7	医師	改正	A101	療養病棟入院基本料 医療区分 評価項目の新設	胃ろうのみの患者では算定出来ない。	胃ろう患者看護の評価	療養病棟において胃ろうをしていて、寝たきり患者に対して、医療区分2以上で算定できるようにすべきである。					

○

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
8	医師	改正	A101	療養病棟入院基 本料の包括範囲 入院時基本検査 の分離	検査料が包括	入院時基本検査の 別算定	在宅寝たきり患者等を入院させる場合に、入 院時の基本的な検査データを必要とするが、 その点数算定が出来ないのは実状にあわな いため、包括範囲を見直すこと。					
9	医師	改正	A200	総合入院体制加 算の施設基準	[施設基準] 逆紹介と治癒の患 者数が総退院患者 数の40%以上 標榜診療科の要件	廃止、または要件 緩和	平成20年度に見直された項目だが、算定基準 が実態に即していないため、2次・3次救急を提 供している病院のほとんどが算定できていな い。「逆紹介と治癒の患者数が総退院患者数 の40%以上」については廃止、または慢性疾 患や悪性腫瘍など「治癒」すること自体稀な傷 病を「軽快」や「寛解」として含めるなど、要件を 緩和すること。 また、医師不足・偏在により、地域によっては 小児科、産科などの入院医療を集約化によっ て対応している。限られた医療資源を有効に 活用しなければならない現状から、精神科以 外の診療科についても各地域の連携体制を考 慮すること。					
10	医師	改正	A204-2	臨床研修病院入 院診療加算	1入院につき40点	1入院につき200点	平成21年度より指導医の研修受講が義務化さ れたことを含め、評価を見直すこと。					
11	医師	改正	A207-2	医師事務作業補 助体制加算	15対1 810点 20対1 610点 25対1 490点 50対1 255点 75対1 180点 100対1 138点	15対1 972点 20対1 720点 25対1 575点 50対1 287点 75対1 215点 100対1 143点	医師事務作業補助者の配置に対する人件費 とそれに対応する点数設定が不十分である。 勤務医の負担軽減及び処遇の改善において 本加算は必要不可欠であり、評価を引き上げ ること。					

No	要望 部門	改正・ 新設 区分	点数表 区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材 料とその価格等	医 師	看 護 師	そ の 他	所要 時間
12	医師	改正	A218-2	離島加算	18点／日	36点／日	離島における入院対応の医師等の体制確保のため、本土に比べて給与水準などを高めにせざるを得ないこと、薬品・診療材料の価格などに離島航路の運賃加算されている状況にあるため、運営継続のためにさらに評価を引き上げること。					
13	医師	改正	A219	療養環境加算の算定要件	[算定要件] 医師並びに看護師、准看護師、看護補助者が医療法の標準を満たしていること	算定要件から医師を除くこと	医師の充足率が医療法の定める標準を満たしていないと算定できない。今日の医師不足の現状を考慮すること。					
○ 14	医師	改正	A221	重症者等療養環境特別加算の施設基準	一般病棟の平均入院患者数の7%以内	一般病棟の平均入院患者数の15%以内	重症患者が集中する急性期医療機関にとって、概ね7%以内という基準は極めて低い。病院機能の分担を推進する観点から急性期医療機関は15%とすること。					
15	医師	改正	A221-2	小児療養環境特別加算の算定要件	「空気感染」による他児への感染の危険性がある場合	「接触感染・飛沫感染」も加える	小児患者の入院は、感染症での入院が大半を占める。当加算の算定基準は「空気感染」による他児への感染の危険性がある場合となっているが、感染経路として「接触感染・飛沫感染」も多く、患者間の感染拡大も考え隔離管理となる現状である。算定基準の緩和を行うこと。					

	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	医師	改正	A226-2	緩和ケア診療加 算の施設基準	医師の常勤要件	施設基準の緩和	精神科等を標榜していない病院でも緩和ケア 診療を行っているが、常勤の精神科医がい ないことで算定できない。常勤でなくとも、連携を とり定期的に指導を受けている場合は算定を 認めること。 また、現在の医師不足状況を勘案し、身体症 状・精神症状を担当する医師のどちらか専従 とする要件を専任に緩和すること。					
○	17	医師	改正	A232	がん診療連携拠 点病院加算の算 定要件	算定要件(2) 当該加算は、別の 保険医療機関又は 健康診断を実施し た医療機関の医師 に <u>悪性腫瘍と診断 された患者であつて</u> (以下省略)。	算定要件(2) <u>悪性腫瘍を疑い紹 介された患者、又 は悪性腫瘍と診断 された患者</u>	開業医からの紹介患者については、確定診断 に至らず、悪性腫瘍を疑う状態での紹介が大 部分で、算定要件を満たさないため、ほとんど 算定ができない現状である。悪性腫瘍疑いで がん診療連携拠点病院に紹介され、がん診療 連携拠点病院での精査の結果、悪性腫瘍と確 定診断された患者についても算定の対象とし ていただきたい。					
	18	医師	改正	A234	医療安全対策加 算	医療安全対策加算 1 85点 感染防止対策加算 100点 医療安全対策加算 2 35点	医療安全対策加算 1 200点 感染防止対策加算 200点 医療安全対策加算 2 100点	医療安全対策、感染防止対策には、専従セー フティマネージャー、感染制御認定医師、認定 看護師、薬剤師などの多職種の協力体制、患 者の転倒・転落予防のセンサーやマット、ベッ ドなど、人的・物的費用がかかるが、現在の点 数では全く不十分である。					
	19	医師	改正	A236-2	ハイリスク妊娠管理 加算	1入院20日を限度	1入院56日を限度	切迫早産で22週くらいから入院が必要となる ケースなど、長期入院の必要な患者に対しても 長期間管理が必要なため。					

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	A238-4 A238-5	救急搬送患者地 域連携紹介加 算、受入加算	「紹介加算」と「受入 加算」はいずれか 一方のみ届出・算 定できる。	「紹介加算」と「受入 加算」はどちらも届 出・算定できる。	医療連携の実際は、以下のように高次機能病 院からの受入と地域の医療機関へ紹介を同一 医療機関が担当するケースがある。 ・3次救急→2次救急→かかりつけ医等 ・小児専門→地域中核病院→一般病院等 地域の中核病院は、紹介加算ならびに受入加 算の両方を届出可能とし、同一患者の同一入 院においてはどちらか一方を算定する。					
21	医師	改正	A238-4	救急搬送患者地 域連携紹介加算	退院時1回 500点 急性期退院調整加 算、診療情報提供 料は別に算定でき ない。	退院時1回 700点	急性期退院調整加算2でも100点、診療情報 提供料Ⅰが250点、退院時情報添付加算200 点であり、計550点となる。これらが包括されて は、逆インセンティブが働くため。					
22	医師	改正	A242	呼吸ケアチーム 加算	[対象患者] 一般病棟入院料算 定患者 [チームの看護職 員の要件] 適切な研修を終了 した者	[対象患者] 一般病棟入院料及 び特定入院料算定 患者 [チームの看護職 員の要件] 5年以上呼吸ケアを 必要とする看護業 務に従事した者	ICU等の特定入院料算定患者であっても早期 抜管のため、呼吸器離脱にむけてのケアを必要 とし、実際に当該チームによる診療を実施し ている。 対象患者を拡大すること。また、看護職につ いては業務の実態を反映できるよう研修の簡素 化を行うこと。					
23	医師	改正	A303-2	新生児治療回復 室入院医療管理 料の施設基準	専任の小児科の常 勤医師が常時1名 以上配置されてい る	常勤の削除	新生児特定集中治療室管理料ですら、「常勤」 の条件が入っていない。NICUと同様に常勤の 要件を削除すること。					

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	医師	改正	A303-2	新生児治療回復 室入院医療管理 料の施設基準	新生児特定集中治 療室管理料又は総 合周産期特定集中 治療室管理料に係 る届出を行った保 険医療機関である こと。	施設基準の緩和	平成22年改正において、NICU入院患者等の 後方病床の充実を図るため、新生児治療回復 室への評価がなされたが、新生児入院医療管 理加算は廃止された。NICUを持たない病院 が、NICUまでは必要としないハイリスクな新 生児を診療すると、マイナスとなっている。 新生児治療回復室入院医療管理料において、 新生児特定集中治療室管理料を算定している ことという施設基準をはずすこと、または、新 生児入院医療管理加算を復活させること。					
25	医師	改正	A307	小児入院医療管 理料の施設基準		施設基準の緩和	現行の施設基準では、小児科の常勤医師が 一定数以上配置されていることが要件とされ ており、「小児科の常勤医師」とは小児科又は 小児外科を専任する常勤の医師のことをいう ものとされている。この点数は小児医療の充 実を図るため創設されたものであり、その趣旨 から、小児専門病院については、診療科を特 に限定せず常勤の医師が一定数以上配置さ れていることを要件とすべきである。なお、「小 児専門病院」とは、入院患者に占める15歳未 満の小児の割合が概ね8割以上の病院とする のが適当である。					
26	医師	改正	A307	小児入院医療管 理料の包括範囲 の見直し	退院時の指導料、 情報提供料、在宅 療養指導管理料が 算定不可	退院時の指導料、 情報提供料、在宅 療養指導管理料を 算定可能	退院後療養に対する指導であるため。					

	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	医師	改正	A307	小児入院医療管理料算定における、高額診療材料のまるめの見直し		高度な専門的技術を要するリスクが高い検査であるため、手術と同様に小児入院医療管理料を算定していても材料費が請求できるようにしていただきたい	15歳以上とカテーテル治療の場合にはカテーテル材料費が取れるが、小児入院医療管理料を算定している場合には、検査として全て「まるめ」にされてしまう。新生児から乳児などは非常に危険を伴う高度な専門技術であるのに通常の採血検査や胸部XPなどと同様に扱われるのははなはだ不当である。	カテーテル（3本）、ガイドワイヤー、消毒布、造影剤、ヘパリンなどの注射薬、心電図呼吸モニター	2人	1人	1人	120分
	28	医師	改正	A307	小児入院医療管理料算定における、ギプス、装具治療のまるめの見直し	管理料内にまるめられており、算定できない	注射、手術、麻酔などと同様出来高で算定ができるようにする。	小児のギプス、装具治療は治療の本幹をなすものであり、かつ高度な技術を要する故、手術と同様に考えていただきたい。					
	29	医師	改正	A307	小児入院医療管理料算定における、疾患別リハビリテーション料のまるめの見直し	疾患別リハビリテーション料が管理料内に含まれるため算定できない。	DPC病院でのリハビリと同じように、出来高算定ができるようにしてほしい。	小児専門病院では、治療のために半年以上入院する児童も多い。これらの児に対して、ICU、NICU入院中以外でも、疾患別リハを継続している。（NICUなどの長期入院児、先天性心疾患児、ヒルシュスプルング病など）現在は、ICU、NICU入院中のみ疾患別リハを算定できるが、その後の小児病棟でのリハビリは算定されない。リハビリの内容としては、児に対する呼吸リハ、摂食嚥下リハ、家族への指導、地域との児の環境作りとなる。DPC病院でも、リハビリは、出来高算定となっているので、小児でも出来高算定としていただきたい。		1人		3人以上	

No	要望 部門	改正・ 新設 区分	点数表 区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材 料とその価格等	医 師	看 護 師	そ の 他	所要 時間
30	医師	改正	A308-2	亜急性期入院医 療管理料	本項目を算定して いる病棟では、その 病棟で取得してい る看護基準(看護師 数、夜勤72時間)を 満たさなくてはなら ない。 通則の(5)	亜急性期入院医療 管理料を算定して いる病棟において も、原則どおり病棟 の種別ごとの計算 にすべきである。	急性期病院において、亜急性期病床に入室する患者はある程度病状が落ち着いている患者が入室し、急性期の患者と比較し、医療資源の投入も少ない。にもかかわらず、この規定があるために、重傷者が多くいる病棟と同程度の看護師を配置しなくてはならない。 (例) 6病棟で10対1の入院基本料を算定しており、1-5病棟のみで亜急性期入院医療管理料を算定する病床が10床ある場合は、1-5病棟単独で10対1、72時間をクリアしなくてはならない。					
31	医師	改正	A308-2	亜急性期入院医 療管理料	1日につき2,050点	増点	1日あたりの包括点数が低く採算割れとなる場合があるため増点を要望する。		1人	3人 以上	2人	
32	医師	改正	A308-2	亜急性期入院医 療管理料		専任の記録管理者 を削除	施設基準の「診療記録の管理を適切に行う体制がとられていること」とあり、具体的には、1人以上の専任の診療記録管理者を配置し、診療録管理体制加算を算定している保険医療機関であることが要件とされている。しかし、中小病院では看護師不足や経営的にも専任の記録管理者を配置することが困難である。					
33	医師	改正	B000	特定疾患療養管 理料	診療所 225点 許可病床が100床 未満の病院 147点	許可病床が100床 未満の病院 225点	高齢者の患者が多く、慢性疾患の患者が多い。プライマリケアの充実を図るためには診療所並みの点数が必要である。					

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
34	医師	改正	B001(1)	ウイルス疾患指 導料	・ウイルス疾患指導 料1 肝炎ウイルス・成人 T細胞白血病患者 に対する指導、患 者1人1回 240点	増点、要件の緩和	現在、後天性免疫不全症候群患者に対する指 導料(ウイルス疾患指導料2)は、月1回算定で き、加算の算定も可能である。一方、肝炎患者 に対する指導料(ウイルス疾患指導料1)は、患 者1につき1回のみ算定であり、加算も認め られていない。国の“肝炎総合対策”の一つと して、肝炎拠点病院の指定がなされている状 況等を考慮すると、両者の差が著しいと考えら れ、肝炎について、増点や要件の緩和を検討 いただきたい。					
35	医師	改正	B001(4)	小児特定疾患カ ウンセリング料	1回目 500点 2回目 400点 2年を限度	週1回の算定へ 2年を限度の期間 限定を廃止 「家族のみの場合」 の評価設定 1回目／250点 2回目／200点相当 (現行の50/100相 当)	多い時は毎週～隔週と来院する患者に対し時 間をかけてカウンセリングを実施しています。3 回目以降についても点数評価を検討して頂き たい。また、小学校低学年での登校拒否は2 年間で完治するものではなく、小学校～中学 校への進級時期の患者への精神的負担も大 きく、2年の期間限定でのカウンセリング実施 とはならない。必要に応じ、2年超えての継続 実施となっている現状です。期間限定の廃止 を願いたい。また、現在の算定基準は「家族 のみでは算定不可であり、患者を伴った場合 のみが算定可能」とされている。しかし、原因 が登校拒否・自閉症であることから患者本人 の来院困難な場合は多く、家族のみとのカウ ンセリング実施も少なくない。1時間を超えるカ ウンセリングも実際に行われていることから、 「家族のみの場合」の点数評価設定を願いた い。					
36	医師	改正	B001(6)	てんかん指導料	てんかん指導料 注1	てんかん指導料 注1 その標榜する診療 科を担当する医師 に「リハビリテーシ ョン科医師」を追加	リハビリテーション科医師はてんかん患者の治 療にあたっており、治療に必要な知識と能 力を有しているため、リハビリテーション科医 師もてんかん指導料を算定できるよう改正す ること。					

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
37	医師	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	460点(対診時に算定)	算定条件の緩和 (対診しなくても算定可能な項目へ)	遠隔モニタリング導入目的に適切な管理の元、(1)患者の病院受診等の抑制(2)医師業務の緩和等が考えられるが、病院にとっては導入に関する費用及び定期的な管理費用等の経費増加、患者の受診抑制による収入減があります。患者の受診に関係なく経費が発生しており、対診なしに定期的な算定が可能となるようにすること。	ケアリンクサービス一式 約10万円(内訳)各種トレーニング及び資材一式 ケアリンクモニタ、患者案内・教育用資材一式	1人		1人	60分
38	医師	改正	B001(13)	在宅療養指導料	患者において行った場合は算定できない。	患者においても算定できるようにすること。	訪問診察を受けている場合は、患者でしか指導する場がないため。患者家族を病院に呼んで指導するよりも、患者で実施した方が患者のプライバシーに配慮している。					
39	医師	改正	B001(23)	がんカウンセリング料	患者1人につき1回に限り	月1回/100点(1年間に限る)	1 継続的なカウンセリングが必要 2 他院での実施状況の把握が困難		1人	1人		
40	医師	改正	B001-2-2	地域連携小児夜間・休日診療料の施設基準	当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する保険医により、6歳未満の小児を24時間診療することができる体制が整備されていること。	要件の緩和	当院では、夜間・休日は救命救急科の医師が診察し、小児当直医とコール体制をとっている。救命救急科医師による診療でも算定可能とすること。					

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	医師	改正	B004 B005	退院時共同指導	・・・在宅療養を担う 保険医療機関の保 険医又は当該保険 医の指示を受けた 当該保険医療機関 の看護師若しくは 准看護師が、当該 患者が入院してい る保険医療機関に 赴いて・・・	テレビ電話等情報 通信機器を利用し た遠隔診療が認め られるようになって いることから、やむ を得ない場合は当 該患者が入院して いる保険医療機関 に赴かなくともテレ ビ電話等情報通信 機器を利用して実 施した共同指導に ついては算定可能。	病診連携を進めるうえで、できるかぎり退院時 共同指導を実施し、病院と診療所、訪問看護 ステーション、ケアマネ、調剤薬局が情報共有 化を図ることが必要であるが、地方では医療 人材が不足しているため、退院時共同指導の ために声がけしても関係者の参集がままなら ない状況にある。このため、テレビ電話を活用 し関係者の移動などの負担軽減を進めるとと もに在宅療養を支えるための情報共有を積極 的に行っていこうというもの。	テレビ電話もし くはそれに替わ る双方向情報 伝達装置	2人	2人	2人	30分
42	医師	改正	B005-2	地域連携診療計 画管理料		糖尿病の追加	糖尿病地域連携パス症例の病院側および診 療所側での保険点数を設定すること。					
43	医師	改正	B005-2 B005-3	地域連携診療計 画管理料	地域連携診療計画 管理料の施設基準 において、(イ)一般 病棟の入院患者の 平均在院日数が17 日以内である病院 であることが必要と されている。	平均在院日数が17 日以内の緩和	周産期医療センターを備える病院などは、平 均在院日数が長くなりがちで、結果として、一 般病棟の平均在院日数が17日以内とならない 状況にある。このような病院の特性に配慮した 緩やかな対応を求めたい。例えば、係る基準 については、特段の理由があるときは、地方厚 生局長等に届けること等により算定可能とす ること。					

No	要望 部門	改正・ 新設 区分	点数表 区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材 料とその価格等	医 師	看 護 師	そ の 他	所要 時間
44	医師	改正	B005-6	がん治療連携計 画策定料	750点 入院中の患者が対 象	900点 外来の患者も対象	改正当初、がん治療連携計画策定料を通則 (4)を利用して算定していたが、今般、外来で の算定はできないとの連絡があった。通常は 病院で手術、退院後数回通院の後、地域と連 携するため、入院中は算定できない。					
45	医師	改正	B011-4	医療機器安全管 理料1	(3)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 の解釈から「人工腎 臓装置」を除かない						
46	医師	改正	C000	ドクターカー・ドクターヘ リによる緊急医師 出動	往診療(720点)＋ 時間内緊急加算 (325点)	緊急に行う往診加 算の時間の明確化 と加算点数の拡充	重症者に対する体制を常に確立して救急医療 に従事しているにも関わらず、緊急加算の時 間区分が実態とかけ離れているため正当な評 価がされていない。時間内緊急加算の算定時 間は、概ね午前8時から午後1時までの間と なっているが、午後1時以降、夜間加算が算定 できるまでの時間及び深夜加算が算定できな くなる時間並びに休日の場合について、加算 点数を設定してほしい。					
47	医師	改正	C000	在宅療養支援病 院における要件 緩和	200床未満の病院 で半径4Km以内に 診療所が存在しな い	4Km以内に診療所 が存在しないを撤 廃	在宅診療を積極的に行っており、病院自体の 在宅患者数も多い。また、市内診療所の在宅 患者について、夜間休日などの緊急時にはい つでも当該病院に入院できる体制をとっている ため、開業医の医師が安心して在宅医療を実 践できている。					

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	医師	改正	C004	救急搬送診療料		時間外、休日、深夜 加算とドクターカー 加算の新設	時間外、休日、深夜、センターで配備している ドクターカーについて加算を新設すること。					
49	医師	改正	C169	気管切開患者用 人工鼻加算	1500点	増点	喀痰が多くなると交換の回数が増え持ち出し になる。					
50	医師	改正	G通則6	外来化学療法加 算	中国四国厚生局に よれば、乳癌や前 立腺癌の患者に対 し「リュープリン」や 「ゾラデックス」を皮 下投与するホルモ ン療法については、 外来化学療法加算 の対象外とのことで あるが、このこと について通知等で明 示されておらず、各 医療機関での取り 扱いもバラバラの 状況にある。	悪性腫瘍に対する ホルモン療法につ いても外来化学療 法加算の対象とす る取扱いとし、通知 等で明示していた だきたい。なお、DP C制度においては、 悪性腫瘍に対する ホルモン療法は「化 学療法あり」の分岐 を選択することがで きる。	ホルモン療法についても、専任の医師、看護 師、薬剤師の配置や急変時の対応など外来化 学療法を行うのに十分な体制のもとで実施し ているものについては、点数上の評価をすること。					
51	医師	改正	G001	在宅患者静脈注 射料	30点／週	静脈注射手技料を 在宅でも認めること	通院が困難であり、在宅にて療養を行う患者 に対して必要であるから。					

No	要望 部門	改正・ 新設 区分	点数表 区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材 料とその価格等	医 師	看 護 師	そ の 他	所要 時間
52	医師	改正	K	手術 通則4	特掲診療料の施設基準等(手術)において、一定の術式について、医師の経験年数、年間実施件数等が定められている。	手術件数は不問とすべき(研修等の履修で足りるようにするなど)	診療報酬点数表への登載は、当該術式が保険診療として一般化・普及段階に至ったものであると考えられるが、保険診療として扱う以前に手術件数要件を満たすためには、自費診療又は病院負担とせざるを得ず、普及への支障となっている。経験を要する術者が常勤医として手術が実施できる体制を有している場合は算定可能とすべきである。					
53	医師	改正	K	外保連ABC項目の増点	22年度改定ではD、E項目を重点的に評価がなされた。	ABC項目についても増点評価を希望する。	外科系医師を志す研修医が増えることを念頭に入れての要求。					
54	医師	改正	K920-21	輸血管理料 I		施設基準の緩和及び評価の適正化	大規模施設で救命救急センターがあり、二次・三次救急患者を扱う施設にとって、FFC/RC C比が0.5未満という基準を満たすのは困難であり、厳しい基準であるため、この基準について見直してほしい。施設の規模や医療機能に応じた評価に見直してほしい。					
55	医師	改正	その他	専従要件の緩和	専従	専任	看護師等の不足状況が社会問題になっている中、専従化する職種として看護師が一般的な項目は、専任の場合の点数など考慮していただきたい。					

No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
56	精神	改正	A311 A311-2	精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の増点	各々施設基準等によって1・2に分れ、30日以内／30日以上で逓減される	精神科救急入院料1、精神科救急・合併症入院料：入院14日以内5000点30日まで4000点、60日まで3000点 精神科急性期治療病棟入院料1：入院14日以内3000点、30日まで2500点、90日まで2000点	精神科急性期包括病棟の運用状況調査によれば、入院初期にコストがかかるが、初期に治療資源を十分に投入すれば早期退院と再入院防止につながる。今後とも入院治療の質を向上させるために、救急入院料1、精神科救急・合併症入院料については全国共通のQI（質の指標）データベースへの参加とデータの提出を施設基準とする。					
57	リハビリ	改正	H	言語聴覚士の実施リハビリ	呼吸器リハ、心大血管リハが実施可能なのは理学療法士と作業療法士のみ	四種のリハビリに対して、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が実施可能	呼吸器リハ、心大血管リハであっても言語聴覚士が関与する実態を反映できるように要望したい。					
○ 58	リハビリ	改正	H000	早期リハビリテーション加算	[起算日] 発症・受傷日から起算	[起算日] リハビリ開始時から起算	入院時（発症時・受傷時）において持続点滴・酸素吸入などのライフラインが接続されており、救命・治療に専念され、リハビリが実施できないことがある。発症・受傷日からの算定開始では「早期加算」の算定がほとんど出来ないため算定要件を見直し、リハビリが可能になった時点から同じ期間加算を取れるように改正すること。					

No	要望 部門	改正・ 新設 区分	点数表 区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材 料とその価格等	医 師	看 護 師	そ の 他	所要 時間
○ 59	リハ ビリ	改正	H001 H002 H003	疾 患 別 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン	疾患別	点数格差是正	疾患別リハビリテーションには脳血管疾患等 のリハビリテーション（Ⅰ）（廃用症候群：235 点、その他：245点）、運動器リハビリテーシ ョン（Ⅰ）（175点）、呼吸器リハビリテーシ ョン（Ⅰ）（170点）と、疾患により点数の格差があるが、 運動器、呼吸器ともに、リハビリのプログラム 実施は脳血管と同等の対応が必要であるの で、格差は非合理的であり、少なくとも、心大 血管疾患リハビリテーション料200点へ引き上 げを要望します。					
60	リハ ビリ	改正	H001 また は H007	脳 血 管 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 料 ま た は 障 害 児 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 料			早産児で脳室周囲白室軟化症や脳室内出血 などの脳疾患が発症した場合、脳性まひや精 神運動発達遅滞などの診断名がつく前の段階 からリハビリテーションが必要となる。障害の 予防・軽減時期からの左記のリハビリテーシ ョン料を請求できるようにしてほしい。					
61	リハ ビリ	改正	H003	呼 吸 器 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 料	施設基準に、設備 および専従の理学 療法士が必要に なっている	救命救急センター では、病室において リハビリを行うの で、設備がなくても 算定できるようにし てほしい。また、理 学療法士について は、非常勤でも算 定できるようにして ほしい。						

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
62	リハ ビリ	改正	H007-2	がん患者リハビリ テーション料	[施設基準] 研修期間は通算し て14時間程度のも の	施設基準の緩和	研修会が少ない。研修時間(14時間)を短縮し てほしい。					
63	事務	改正	A301-3	脳卒中ケアユ ニット入院医療管 理料	神経内科、脳外科 の5年以上の経験 を有する常勤医師 が常時1名以上配 置	常時の表現を削除	当直を5年以上の医師のみで確保することは 困難。					

No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
64	看護	改正	A100	7対1入院基本料	1 看護職の委員会活動等(医療安全委員会等を除く)で、勤務時間から抜かなくてはならない。 2 A得点(モニタリング及び処置等に係る得点)が2点以上、かつB得点(患者の状態等に係る得点)が3点以上の患者が10%以上であること。 3 当該届出病棟に配置されている看護要員の数は、1勤務帯8時間で1日3勤務帯を標準として、月平均1日当たりの要件を満たす必要がある。	1 院内研修・院内会議(看護業務に限る)は、勤務時間から減算しない 2 看護必要度の簡素化 3 暦月ごとの判定を改め、3ヶ月平均など中長期間での判定とする。	1 看護業務に対して研修等行っているので、勤務時間に組み入れる 2 現在の看護必要度評価内容では一般の急性期病院のせん妄状態になった患者や高齢者、精神疾患を合併する患者、小児にかかる看護等が看護必要度の評価に反映されない。 3 暦月により、週休日や休日の日数が異なるため、看護要員の勤務する時間数にばらつきがある。現在の暦月単位の評価では、看護要員の实数に増減が無くても要件を満たすことが出来ない月が発生する。					

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	看護	改正	A207-3	急性期看護補助体制加算	1 1日につき 初日から14日間 1(50対1) 120点 2(75対1) 80点 重症患者比率 7対1 15%以上 2 看護補助者は、直接雇用若しくは派遣職員	1 全入院期間 ①重症度比率の引き下げ 10%以上にする ②病棟単位の算定(この場合、重症度や平均在院日数要件なども考えられる)を認めていただきたい。 2 補助者の任用形態の多様化に評価。一定の条件下で、業務委託による実質的な看護補助を行っている場合も対象とする。	1 患者の合併症や高齢化等に伴い急性期の治療を終えた後でも看護・介護を要し手厚い人員体制を確保することが必要な現状である。 2 自治体病院等では、直接雇用の看護補助者増員は難しく、派遣についても政令26業務以外であり、長期雇用はできない状況である。一定の条件下で、業務委託による実質的な看護補助を行っている場合も、何らかの評価をお願いしたい。					
66	看護	改正	A234	感染防止対策加算	施設基準として、5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を終了した専任の看護師。(ここでいう研修とは、6月以上の研修期間で終了証が交付されるもの。)	1 <6月以上の研修期間>=認定看護師ではなくある一定の研修を終了したものとしていただきたい。 2 認定看護師が感染管理する場合は加算を追加する。	感染防止は、病院内では最優先される重要事項である。ICTを中心にリンクナースが活躍しているが、院内での定期的な研修会やラウンドを行い指導など中心的な役割を担っており、十分に役割を果たしている。					

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	看護	改正	A235 A236	褥瘡患者管理加 算	1 入院中1回20点 2 A235を算定した 患者は、A236を算 定できない。	1 入院中1日につ き20点 2 追加でハイリス ク加算をとる場合、 算定可能にしてほ しい。	1 褥瘡危険因子の評価や体圧分散式マッ トレスの選定などが必要なうえ、体圧分散式マッ トレスのリース料もかかるため採算がとれない。 2 不可抗力で、ハイリスクになる場合がある。 にもかかわらず、一度20点算定すると、後に ハイリスクになって管理しても算定できない。 ハイリスクになった場合の管理は手間がか かっている。	体圧分散式マッ トレスリース料1 月約25万円				
68	看護	改正	C101 ～ C114	在宅療養指導管 理料	同時に複数の在宅 療養指導管理料を 算定できない。	在宅療養指導管理 料において、重複 障害をもった患者で は、同時に複数の 指導管理料を算定 可能とする。	小児では重複障害をもった患者が多く、必要と する医療材料・衛生材料が高額となるが、同 時に複数の在宅療養指導管理料を算定できな いことから、その分(医療材料加算に該当する 部分を除く)が医療機関または患者家族の大 きな経費負担となっている。					
69	薬剤	改正	B008	薬剤管理指導料	325点／(週1回、月 4回を限度)	常勤薬剤師が、2人 以上の配置制限を 解除して頂きたい	院外処方箋を全面的に発行した場合、70床以 下の病院は薬剤師1名の配置で良いこととな り、常勤薬剤師2名の配置は小病院にとって困 難となる。実際に指導を実施しても、算定出来 なくなる事から、入院患者数に対しての人員配 置基準が望ましいと考えるから。					
70	薬剤	改正	F500	調剤技術基本料	同一月内に院外処 方箋の交付がある 場合調剤技術基本 料は算定できない	同一月内であって も院外処方箋の交 付後の調剤技術基 本料は算定できな いとならないか	月内における精算済みの算定取消が発生し返 金などの手続きが発生するため					

	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	薬剤	改正	G020	無菌製剤処理料	無菌製剤処理料1 イ 閉鎖式接続器 具を使用した場合 100点、 ロ それ以外の場 合 50点 無菌製剤処理加算 料2 40点	無菌製剤処理料1 イ 300点 ロ 150点 無菌製剤処理加算 料2 60点	作業の専門性、複雑性、危険性等を考慮した 場合、現行点数では安全保護に関する設備の 維持や消耗品等ランニングコストをまかなう評 価となっていないか特に抗がん剤を扱う無菌 製剤処理料1については大幅なアップを要望 する。					
○	72	臨床 検査	改正	D400	診断穿刺・検体 採取料・血液採 取1静脈の増点	13点	18点	採血ホルダーのディスポーザブル化、患者ごとの 手袋交換、翼状針の推奨などによって採血 機材代が増加しており、経費が賄えない。				1人	15分
	73	臨床 検査	改正	D018-3	複数カ所から血 液細菌培養同定 検査を行った場 合の増点	採血部位数にかか らず150点	・1カ所のみ150点 ・2カ所以上300点	血液培養検査は臨床的に2カ所以上から採血 し培養する方が細菌検出率が高く、世界的な 標準方法である。同時に2カ所以上から血液 培養検査を行った場合、現行の1カ所からの 算定点数では、採血・培養費にかかる費用が コスト割れし、病院の持ち出しになる。				1人	
	74	臨床 検査	改正	D404-1、 D404-2	骨髄穿刺(胸骨) 及び(その他)の 点数見直し	1.胸骨 260点 2.その他 280点	1.胸骨 450点 2.その他 500点	骨髄穿刺針が1本 2,180円～2,400円する。 また、感染の危険を伴う検査でもあり、点数設 定の見直しを望む。	骨 髄 穿 刺 針 2,180～2,400円 ／本				

No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
75	臨床検査	改正	N004	細胞診	1 婦人科材料等によるもの 150点 (2 穿刺吸引細胞診, 体腔洗浄等によるもの 190点)	1 婦人科材料等によるもの ・塗末法によるもの 150点 ・液状処理検体によるもの 190点	婦人科材料の細胞診については、液状処理検体による検査が多くなっているが、塗抹法に比べてコストがより高い。液状処理検体の差別化を図る必要があり、穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるものと同程度に増点してほしい。		1人			
76	放射線	改正	E	電子画像管理加算	単純撮影 57点 特殊撮影 58点 造影撮影 66点 乳房撮影 54点	すべて 200点	PACSでの画像診断では、サーバー、モニターなどの装置の保守点検、精度管理が重要であり、費用、労力、時間がかかる。また、電子画像管理には専門の知識と技術が必要であるため、評価を上げること。リスクヘッジするためのクラウドなどのネットワーク強化が必要なこと。	モニター、サーバー、ネットワーク				
77	放射線	改正	E101-3	ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影	施設共同利用率が20%以下の場合は100分の80に相当する点数を算定	施設基準の緩和	現在定められている施設共同利用率は医療施設の少ない都市部以外では現実的に対応が不可能であり、事実上同検査の報酬減額となる。したがって、この施設基準を廃止すること。					
○ 78	放射線	改正		CT血管再構成画像加算	冠動脈 1,000点 脳血管 500点 その他の血管 200点	冠動脈 1,000点 その他 500点	撮影以外の処理をする時間がかかるため、評価を行うこと。	ワークステーション ソフト代金 サーバ容量の増加など、5,500万円				

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	放射 線	改正		ポジトロン断層・ コンピュータ断層 複合撮影	同一月にCT撮影を 実施している場合 は 7,500点	同一月にCT撮影を 実施している場合 でも 10, 000点	ポジトロン断層撮影時に行うCTによる吸収補 正はポジトロン断層検査の精度の向上に必須 のものであり、これらは同時に施行しなければ ならない。また、両者の複合画像により診断能 力向上がはかられるため同時に実施する必要 性が高く、たとえ同月にCTを実施しているとし ても、検査の目的が明らかに異なるため、ポジ トロン断層撮影の際の複合画像の請求を認める こと。					
○ 80	栄養	改正	A233-2	栄 養 サ ポ ー ト チ ー ム 加 算	専任の常勤医師、 看護師、薬剤師、管 理栄養士のいずれ か専従として配置 200点	現行の栄養サポー トチーム加算に加 え、算定要件のう ち、専従要件のみ 満たすことが出来 ない場合におけるN ST活動に対する評 価を別に要望する。 <u>栄養サポートチ ーム加算2(追加)</u> 150点 現行の栄養サポー トチーム加算を、栄 養サポートチーム 加算1 とする 200点→300点 一般病棟が対象 精神病棟も追加	NSTによる診療は栄養改善のための医療に 極めて有効である。 ①ただし、病床規模の違いによって、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。 ②小規模病院以外においても、活動件数その ものは少ないものの、地道に実績を上げ活動 している病院も多い。現在の算定要件との開 きが大きいため、これら多くの施設は逆に目 標をなくしてしまう結果となっている。 ③本加算によって対象者の栄養食事指導料 が算定できなくなった。治療効果を高める上 で栄養食事指導は重要なため、点数上乘せを要 望。 ④精神病棟入院基本料にも適用すること。					

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	A233	栄養管理実施加 算	1日につき12点	1日につき 20点	入院当初から適切な栄養管理を行うことにより 疾病の早期回復、重症化防止、感染症予防、 薬物使用の適正化、入院期間の短縮、QOL の向上さらに医療費抑制効果にも有効となる。 平成18年度診療報酬改正で12点/1日で新設 された栄養管理計画を計画通りに実施するに は計画書の作成、再評価、退院時評価に管理 栄養士をはじめ多職種が時間と労力を要して いる。チーム医療の形作りはされたが今後さら なる充実、専門性の向上を図る必要があるこ とから改正していただきたい。				管理 栄養 士 1 人	
82	栄養	改正	B001-9、 10	外来栄養食事指 導料 入院栄養食事指 導料	130点	200点	①患者の食生活に合わせ行動変容を促すた めに、栄養食事指導では食事摂取状況や各種 検査データ確認してアセスメントを行い、患者 とともに今後の目標を設定している。指導時間 は30分程度必要であることから、点数増を要 望する。実際に要している時間を考慮すると、 管理栄養士の人件費に対し現行は低い。 ②実際の患者対応の時間の他、有効な指導を 実施するための情報収集や、医師等報告書の 作成にも時間を要している。現状では正味指 導時間のへ対価としても不十分な点数であり、 評価の見直しを要望する。	食品模型、指導 用リーフレット、 食事記録票 等			管理 栄養 士 1 人	30分

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	B001-9、10	外来栄養食事指導料 入院栄養食事指導料	対象疾患拡大	特に次の3項目については栄養食事指導料算定病名に加えていただくことを強く要望する。 <u>①低栄養</u> <u>②肥満</u> (BMI25以上) <u>③咀嚼・嚥下障害疾患</u> また、以下の項目についても同様である。 <u>④胆石・胆のう炎</u> <u>⑤境界型糖尿病</u> <u>⑥尿路結石</u> <u>⑦イレウス</u> <u>⑧慢性呼吸不全</u> を加える。 <u>⑨食物アレルギー患者の栄養指導は9歳未満の枠を外す</u> <u>⑩先天性代謝異常関連に以下の病名を加える。ウィルソン病、シトリン欠損症等</u>	栄養食事指導は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る。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。専門知識を有する管理栄養士の指導により病態改善効果が期待できることから、対象疾患の拡大と基準の緩和を要望する。 <u>①低栄養</u> →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。 （算定要件）経口摂取を行う患者であって次に掲げる要件に該当するものであること。なお、経管栄養のみの患者は対象外であるが、経管栄養と経口摂取を併用している場合は、対象患者となる。 ・ 低栄養状態にある者。なお、低栄養状態にある者とは、アルブミン 値が概ね3.5g/dL以下の者若しくはBMIが概ね18.5未満の者又は医師が低栄養状態にあると認めた者をいう。 ・ 区分番号「A233」栄養管理実施加算が算定されていること。 ・ 当該指導の実施日において、食事が提供されていること。 <u>②肥満BMI25以上</u> →日本肥満学会の東京宣言でBMI25以上を肥満としている。 <u>③咀嚼・嚥下障害疾患</u> →介護保険制度では対象となっている。 その他疾患についても同様の効果が期待できる。					

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
84	栄養	改正	入院時食 事療養	入院時食事療養 Ⅰの増額	1食につき640円	1食につき710円	食の安全を確保する。食品価格およびエネルギー価格の高騰により食事の質の低下を来すことが懸念される。食材料費や人件費の確保、栄養管理の充実のため、また栄養補助食品（経腸栄養剤・嚥下のための増粘多糖類等）の多用により食材の高騰に拍車をかけているため。					
85	栄養	改正	入院時食 事療養	特別食加算	対象病名拡大	特に次の項目について特別食加算食の対象としていただきたい。 ①ミキサー食・ソフト食・等嚥下困難患者に適用する食事（嚥下食） ②食物アレルギー食	①嚥下食について ・特別食加算と同等以上にきめ細かい個別対応と専門知識を要し、調理に手間と経済的負担が大きい。増粘剤の調達に費用がかかる。 ②アレルギー食について ・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。 ・調理に時間と人手がかかる上、特殊な食材調達など費用がかかる。	増粘剤等治療用特殊食品 アレルギー用特殊食品			管理栄養士 1 人、調理師 1 人	

出来高新設要望

○ 最重点要望事項

	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	入院加算	へき地等加算		18点	厚生労働大臣が定める地域の加算として、「離島加算」、「地域加算」等はあるが、過疎地域自立促進特別措置法に定める過疎地域に対する加算がないため、上記の加算同様に認めること。					
	2	医師	新設	入院加算	災害派遣医療チーム加算		50点／入院初日	DPCには点数評価項目(DMAT)があるが、出来高に対応した項目がなく、DMATの指定を受けている医療機関の公平性をはかるため。	DMAT標準医療資機材(赤・黄・緑) DMAT標準医療機器、薬剤 通信・記録機器	1人	2人	2人	その他
○	3	精神	新設	A229-2	精神科慢性重症患者入院医療管理加算(1日につき)		1年以上の入院患者を対象 1日につき 300点	急性期医療と地域生活支援の進展にもかかわらず、治療抵抗性で手厚いケアを要する患者群が残るのは周知であるが、診療報酬上の手当ては皆無である。 その病棟の看護師配置が13:1以上もしくは急性期包括病棟であることを施設基準として、①現在も措置入院であるか、または今回の入院経過の中に措置入院もしくは医療観察法入院医療があった、②過去に医療観察法に準ずる重大な他害行為を行って通報、申立て、起訴が行われた、のいずれかを満たす患者に算定する。					
	4	精神	新設	A231-5	重度薬物依存症入院医療管理加算(1日につき)		1. 30日以内 200点 2. 31日以上60日以内 100点	薬物依存症の入院治療がアルコール依存症以上に手数料がかかることについて、関係者に異論はない。 現行の重度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で、算定される必要がある。					

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	精神	新設	A313	児 童・思 春 期 精 神 科 専 門 病 棟 入 院 料 (1 日 に つ き)		3,000点	精神障害を持つ子どもに対して包括的な支援を提供するネットワークの構築のために、中核となる地域拠点病院を配置する必要がある。精神病棟を単位とする。専任の常勤医師が2名以上(うち1名以上は指定医)、看護師は10:1以上とし、それ以外は現行の児童・思春期精神科入院医療管理加算に準ずる。					
6	精神	新設	A244	リエゾン・コンサル テーションチーム 診療加算(1日 につき)		350点	精神科を標榜する一般病院において、3年以上精神科医療に従事した経験を有する医師、専任の看護師、精神保健福祉士等、臨床心理技術者、薬剤師が配置されていることを施設基準とする。 不安、抑うつ、せん妄などの精神症状を持つ患者に対してリエゾン・コンサルテーション実施計画書を作成し、多職種によって身体疾患に伴う精神症状の早期診断、早期治療と心理的支援を行なった場合に算定する。					
7	精神	新設	I016	精神科多職種サ ポートチーム訪 問料		5,000点	重症患者の地域移行を推進するためには、多職種による包括的、継続的な支援が必要である。 専任の医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士の配置、病院にあっては過去〇年間の在院患者数の減少を施設基準として、障害者手帳1・2級等の患者に対して治療計画の作成、定期的なカンファレンス等、週1回以上訪問支援を行なっている場合に算定する。					

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
○ 8	看護	新設		外来看護師配置 加算新設	外来看護師配置は 医療法施行規則で 定めた30対1のみ。	急性期病院において、20対1配置とする。 外来患者数20に対し看護師1名を配置した場合に算定する。 患者1人に付き66点	DPCの導入等により、入院前の検査や退院後の処置・生活指導等が増加している。また、外来看護師の業務は、診療の補助中心の業務から患者の個別性に応じた検査・処置に対する説明や生活指導等、看護の専門性を発揮した業務内容へ変化している。しかし、看護師が行った業務の評価がなされていない。適切な看護職員を配置し、患者に提供した看護を評価していただきたい。					
○ 9	薬剤	新設	B	薬剤管理指導料 の薬剤師配置加 算(1回につき)		薬剤師病棟配置加 算1(当該患者のい る病棟に専従の薬 剤師が配置されて いる):100点 薬剤師病棟配置加 算2(当該患者のい る病棟に専任の薬 剤師が配置されて いる):50点	薬剤師が病棟において薬に関する業務全般を行うことにより、薬の服用による副作用防止、薬剤の適正使用やその結果として医療の質を向上させることができる。					
10	薬剤	新設	B	薬剤管理指導料 の初回加算		初回 600点	初回時の実施には患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴、使用薬剤の相互作用など多くの調査を行うため、指導所要時間が長時間となる。また、記録作成にも時間を要することから、評価を見直していただきたい。				1人	60分

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	薬剤	新設	G000 G006	化学療法加算	外来のみの加算と なっている	外来と同様に加算 点数を新設して欲しい	外来患者と同様に説明やレジメン作成から実施まで行っている。				1人	
○ 12	臨床 検査	新設	D017 D022	細菌検査の院内 実施加算		D017～D022の細菌検査すべてを院内で実施している場合に、入院初日に50点加算する。	細菌検査は培地の確保や設備、労力にたいするコストが外注に比較し割高であり、また外注検査では検体劣化や菌死滅による感度の低下や運搬等における汚染の危険性が回避できない。一方、院内実施による迅速な結果報告やデータ管理は特に入院患者において感染症診断の向上につながるのみならず、院内感染の早期発見と対策防止にたいへん有意義である。院内感染対策の観点からも細菌検査院内実施加算を要望する。				1人	
13	臨床 検査	新設	D012、D 023	ノロウイルス抗原 同定検査、ノロ ウイルス核酸同 定検査		保険適用 ・抗原同定検査 1000点 ・核酸同定検査 1000点	ウイルス同定検査の保険適応により、外来での診断が行え、感染拡大を防止できる				1人	
14	放射 線	新設		画像情報の広域 保管管理と利用 系の確立について		当該医療施設から 遠く離れた場所に、 分散的に画像情報 を送付して管理する	画像情報を含めた医療情報を1医療施設で保管するのは、リスクヘッジ上問題がある。今回の震災を契機に広域での分散管理に踏み出すべきである。	ベッド100床あたり、年間5000万円程度				

○

No	要望 部門	改正・ 新設 区分	点数表 区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材 料とその価格等	医 師	看 護 師	そ の 他	所要 時間
15	放 射 線	新設		ポータブル撮影 の評価(加算)		120点	入院患者の中には寝たきりなど動きが制限される患者も多いので、ポータブル撮影の頻度が増えている。時間と人員も必要なためポータブル撮影に関して加算を設定すること。また、災害時の在宅診療にも有効である。					
16	放 射 線	新設		高 磁 場 MRI(3 . 0T)への加算		1. 5Tよりも高い点 数づけの要望	3TMRIは、従来の1. 5TのMRIでは得られない高度な画像を提供する。購入費、維持費とも高価であるが生産性は高くないため、高い診療点数を要する。					
17	放 射 線	新設		移動体撮影に関 する加算		訪問診療や震災に おける被災地に携 帯撮影機器を持参 して撮影する	撮影のためには、放射線診療技師が必須であるが、業務上の区分がないので、派遣しにくい実情があるため。					
18	放 射 線	新設		高性能CT加算		超多列、2管球CTな どへの加算	高性能CTでは、心臓血管、腫瘍診断においてこれまでにない高度な画像を提供し、従来の血管撮影法を置換できる性能を備えている。購入費がこれまでのCTの3倍ほどであるので、相応の措置が求められる。					

DPC要望

○ 最重点要望事項

No	要望項目	MDCコード等	要望内容
1	採算割れ	01 神経	H22年診療報酬改定において、一部の脳神経疾患に対し血管造影(動脈カテーテル法／主要血管の分岐血管を選択的に造影撮影した場合)が「手術・処置1等」に評価されている。しかし、脳出血(010040)においても血管造影実施となるが、評価対象とされていない。「手術・処置1等」の対象として評価を希望する。また、併せて「異常高血圧」の加療に注射の医療資源が大量に投入される場合があり、「副傷病」として「高血圧緊急症」の設定を希望する。
2	採算割れ	02 眼科	020110xx97xxx0 020110xx97xxx1白内障、水晶体の疾患 1日あたり包括点数が低く採算割れとなることから評価を引き上げること。
3	採算割れ	03 耳鼻	03001xxx99x5xxの頭頸部悪性腫瘍の動注化学療法とは、医科点数表第2章第6部に掲げる注射のうちG002動脈注射による化学療法を実施することをいうが、G003抗悪性腫瘍剤局所持続注入を実施した場合も算定できるようにすること。
4	診断群分類の見直し	手術の有無→03 耳鼻	慢性副鼻腔炎については手術の有無による分岐がなく、全て同一単価となっているため、手術患者の単価が低めに設定されてしまう。手術の分岐の設定を希望する。
5	採算割れ	04 呼吸器	040080「肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」の診断群分類は(特に成人の肺炎に関して)出来高請求に比べて採算割れとなるケースが多く見受けられる。22年度本体調査で新たに『肺炎の重症度分類』が設けられたことから、24年度改正では重症度、年齢、ならびに併存症等を考慮した評価の引き上げを要望する。 <参考> 040080××99×00×:肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし(※20歳以上) 285症例、平均症例単価(出来高/DPC、59.7万/63.6万)、平均差額－3.9万
6	採算割れ	05 循環器	心臓カテーテル検査については材料費等が高額となる場合があり、現状は病院負担となっている。現在の評価では適切ではないと考えられるため、診療材料のみでも出来高評価にすべきである。
7	採算割れ	05 循環器	右心カテーテル検査を左心カテーテル検査と同時に行った際に右心分が包括されてしまう点についての救済処置を講じること。

No	要望項目	MDCコード等	要望内容
8	診断群分類の見直し	05 循環器	050070頻脈性不整脈、050210徐脈性不整脈において、ペースメーカー移植術等の手術と心臓電気生理学的検査を共に実施している場合、カテーテル等の高額な材料の持ち出し等があり、出来高と比較して著しく低い点数となる。手術ありのツリーにも電気生理学的検査ありの分岐の追加を行うこと。
9	採算割れ	05 循環器	050130xxxx00xx心不全 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 人工呼吸器を使用する心不全患者は多量の強心薬を必要とし、肺炎リスクも高く多数の薬剤を要する。また頻回な検査・画像診断も必要とする。また、中心静脈注射を使用の症例も多い。重症度や併存症（人工呼吸、薬剤）を考慮してほしい。手術・処置等2に人工呼吸ならびに中心静脈注射の分岐の追加を行うこと。
10	診断群分類の見直し	06 消化器	肝臓癌にソラフェニブトシル酸の分岐を設定すること。（入院期間は1ヶ月ぐらい）
11	採算割れ	06 消化器	血管造影、アンギオCT等精査目的にて入院した場合の器材請求は包括であるため、該当診療群分類では採算がとれない。処置項目等による評価を検討頂きたい。*血管造影の所定点数は画像診断の一般的な造影撮影料（撮影料+診断料）であり、コストが最もかかるのは血管造影用カテーテル、血管造影用ガイドワイヤー、シース等器材である。手術・処置等による「血管造影、アンギオCT」の日当点評価願いたい。また、大きな相違点は肝機能状態の由悪しによる血管造影と血管寒栓術の選択、寒栓用薬剤の使用有無であり、その相違点の有無により、画像診断（器材も含め包括）と手術（手技も器材も出来高）では大きく請求金額が変わる。（060050xx99x00x/06007xxx99x00x）
12	採算割れ	06 消化器	食道胃静脈瘤破裂(060300xx9710xx)による入院の場合、K533食道・胃静脈瘤硬化療法(内視鏡によるもの)、K533-2内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術の併施及び反復施術を要している現状である。また該当手術算定は2週間を一連とするため併算定不可であり、手術手技0点での実施例も多数あり。それに伴う、投薬、注射、検査、画像診断等の投入もあり、採算割れとなっている。入院期間のⅠ～Ⅲの日数と日当点の評価見直しを行うこと。
13	採算割れ	06 消化器	060100××02××0× 大腸ポリープの内視鏡切除術目的一泊二日入院が、採算割れの状態です。全国的にみても、この症例は採算割れになっている施設が多くみられます。

No	要望項目	MDCコード等	要望内容
14	採算割れ	06 消化器	060160x002xx0x 鼠径ヘルニア 入院期間2で退院しても、1日あたりの包括点数が低く採算割れとなることから、増点を要望する。
15	採算割れ	06 消化器	060280 アルコール性肝障害 アルコール性肝硬変はこの診断群に該当しますが、ウイルス性など他の肝硬変よりも低い包括点数が設定されております。他の肝硬変と同じく薬剤、処置のコストがかかる治療を要するため、従来の診断群では高額の採算割れが発生します。他の肝硬変と同じ診断群への変更を検討すること。
16	診断群分類の見直し	06 消化器	060210 ヘルニアの記載のない腸閉塞 イレウス管挿入についての分岐がなく、費用がすべて包括されてしまう。イレウス管を使用した場合など採算がとれないため、分岐項目を増やすこと。
17	採算割れ	06 消化器	060040xx99x5xx、060035xx99x5xx等の直腸癌、結腸癌に係るアービタックスやアバスチンを使用した化学療法について、特定入院期間が、直腸癌が6日、結腸癌が7日と非常に短く設定されているため、特定入院期間を超えて化学療法を行う場合もあり、アービタックスやアバスチンを使用しているにも係わらず、060040xx99x00x、060035xx99x00xで算定することになる場合がある。特定入院期間を060040xx99x00x、060035xx99x00xと同じ期間に設定して欲しい。
18	採算割れ	06 消化器	060020xx99x30x等の胃癌に係る化学療法について、ドセタキセルを使った場合と、その他の抗がん剤を使った場合では、出来高算定時には大きく点数が乖離するにもかかわらず、DPCでは同じ点数になってしまう。乳癌と同じように、ドセタキセルを使用した場合のレジメン分岐を設定すること。
19	診断群分類の見直し	06 消化器	060050 肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性含む)手術なし 放射線療法あり 肝臓がんでネクサバール投与 & 放射線治療実施という症例の場合、現在は放射線療法ありという分岐になる。これは非常に低い点数請求となり、出来高請求時と比べて減額になりやすい。化学療法あり放射線療法ありという分岐を新たに設定するか出来高とすべきである。

No	要望項目	MDCコード等	要望内容
20	診断群分類の見直し	06 消化器	060040 直腸肛門の悪性腫瘍 手術あり処置1あり(持続注入用埋込型カテーテル設置)処置2ありペバシズマブ アバスチン(ペバシズマブ)を5-FU、エルブラット、レボホリナートと併用する症例の場合、アバスチンを定められ た適量の7.5mg/kgや 10mg/kgで使用すると出来高請求時と比べて減額になりやすい。新たに分岐を設定するか 出来高とすべきである。
21	採算割れ	07 筋骨格	070040xx99x4xx等の骨の悪性腫瘍に係る化学療法について、メソトレキセートの大量療法を行った場合と、少量 療法の場合では、出来高算定時には大きく点数が乖離するにもかかわらず、DPCでは同じ点数になってしまう。 化学療法の大量療法を行った場合と少量療法の場合の分岐を新設すること。
22	診断群分類の見直し	10 内分泌	100070 2型糖尿病(DKAを除く)副傷病なし 手術:K084 四肢切断術 2型糖尿病性壊疽の患者で下肢の切断手術等を要する患者においては、抗生剤を長期に渡って使用することが 多く、教育入院等と同じ分類では採算割れが必ず生じる。従って、手術ありの分岐を追加すること。なお、現在は L97(下肢の潰瘍、他に分類されないもの)が[100100 糖尿病足病変]となっており、ICD-10とDPC決定病 名(診断群)の対応の整合性がとれていないように思われる。
23	診断群分類の見直し	10 内分泌	100060 1型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く) 2型糖尿病には副傷病の評価がされているが、1型にはないので、評価していただきたい。
24	診断群分類の見直し	11 腎尿路	慢性腎不全急性増悪は、疾患群において「慢性腎不全」と同じ群に分類され、「急性腎不全」には分類されてい ない。ICUに入院し、CHDF(持続緩徐式血液濾過)を施行しているケースが多くあり、慢性腎不全急性増悪+CHDF と急性腎不全+CHDFでは入院期間①では4,385点と6,020点と大きな点数の開きがあります。基本的にはCHDFを 使用した場合の病態はほぼ同様であるにもかかわらず、慢性腎不全急性増悪の場合はCHDFの材料費も出ない ことがあります。慢性腎不全急性増悪+CHDFの点数を急性腎不全+CHDFと同等になるように、引き上げを希望し ます。

No	要望項目	MDCコード等	要望内容
25	採算割れ	12 女性	120170xx99xxx 切迫早産 患者状態によって薬剤量など費用が大きく異なるため、重症度や副傷病等によって点数の増点もしくは診断群分類の分岐(例えば、手術・処置等2にマグセント注の分岐)の追加を行うこと。また、長期入院患者はウテメリンの投与量が減らせないことが多く、DPC期間中に出来高比較で大きなマイナスが生じる。従って、切迫早産のDPC期間の縮減を行うこと。
26	採算割れ	12 女性	120020xx99x40x等の子宮癌に係る化学療法について、パクリタキセル又はドセタキセルを使った場合と、その他の抗がん剤を使った場合では、出来高算定時には大きく点数が乖離するにもかかわらず、DPCでは同じ点数になる。卵巣癌と同じように、パクリタキセル又はドセタキセルを使用した場合のレジメン分岐の設定を希望する。
27	その他	13 血液	播種性血管内凝固症候群(D65)と敗血症(A41\$)が併発している場合に副傷病名を追加して出来高算定にすること。 (MDCコード等) ・130100に副傷病名として敗血症 ・180010の副傷病名として播種性血管内凝固症候群 (要望理由)高額な薬剤や特材を使用し医療費が高額になるため
28	採算割れ	13 血液	ITPなどのガンマグロブリン大量療法は、1日あたりの薬剤料が非常に高くDPC包括点数では病院の持ち出しが大変大きくなっています。出来高となる診断群分類にすること。
29	採算割れ	13 血液	130030 非ホジキンリンパ腫 クラドリビン(ロイスタチン)使用の場合、化学療法有りの診断群の分岐だけでは不採算であることから、包括対象外薬剤とするか、適正評価のための新しい分岐を設けること。

No	要望項目	MDCコード等	要望内容
30	採算割れ	13 血液	130080 再生不良性貧血 シクロスポリン(ネオーラル)と抗リンパ球グロブリン(サイモグロブリン)を併用療法の場合、包括対象外となるが、血小板減少に伴い血小板輸血が必要となることで手術有りの分岐となり包括対象となってしまう。この場合、不採算であることが明らかな事から包括対象外薬剤とすること。
31	診断群分類の見直し	13 血液	130050 慢性白血病に使用する薬剤「ロイスタチン」の分岐を行うこと。
32	採算割れ	13 血液	血液疾患の補助的治療の評価 抗真菌剤、造血剤使用時の評価 血液疾患においては、深在性真菌症予防としてファンガード、好中球減少症状態ヘグランシリンジを使用するなど、患者状態次第で高額な補助的薬剤の投与を余儀なくされるケースが多い。そのため、出来高比較で1症例マイナス100万円を超えることも多く見受けられる。手術・処置2でこれら薬剤を使用した際に分岐を行うこと。
○ 33	採算割れ	14 新生児	140010「妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害」の診断群分類は、新生児疾患の殆どがこの診断群に分類されるため、出来高請求に比べ採算割れとなるケースが多く見受けられる。より詳細な診断群分類の新設、又は、包括評価の引き上げを望む。 ＜参考＞ 140010×199×0××:妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害(出生児体重2500g以上)手術なし 手術・処置なし等2なし 383症例、平均症例単価(出来高/DPC、17.5 万/14.6万)、平均差額－2.9万
34	採算割れ	14 新生児	140310x19901xx Q210心室中隔欠損症 140310心室中隔欠損症においてパリビズマブ(シナジス筋注用)を投与する場合、多くは出来高となっているが、当該コード等については、今般の改定によりDPCに変更となった。しかし、当該薬剤の投与については、そのほとんどが日帰り入院で実施するものであり、DPCでは薬価(50mg=76,819円、100mg=152,072円)の回収ができないことから、出来高への変更を要望する。他に、140310x197x1xx、140010x199x3xx、140010x299x3xx、140010x399x3xx、140010x199x4xx、も同様である。

No	要望項目	MDCコード等	要望内容
35	採算割れ	15 小児	①川崎病、特発性血小板減少性紫斑病の大量ガンマグロブリン療法におけるグロブリン投与。 ②未熟児、先天性心疾患児の退院前のシナジス投与。 これら①、②の注射薬による治療は高額となり、入院期間が短ければ採算割れとなるため、出来高算定出来るようお願いしたい。
36	診断群分類の見直し	16 外傷	低体温の復温目的に持続緩徐式血液濾過(CHDF)を施行するケースがあるが、手術・処置等2に分岐がないのはおかしい。 診断群分類161020「体温異常」の手術・処置等2にCHDFの新設を要望する。
○ 37	緊急入院の取扱		急性期入院医療を提供するDPC対象病院が『緊急入院』として即日入院を受け入れるケースが総入院患者数の約45%を占めている。『緊急入院』は、診断を確定するまで多くの検査・画像診断を行うが、『予定入院』との区別なく同様に包括して取り扱われるため、『予定入院』に比して採算が非常に悪い結果となっている。この部分については22年4月より機能評価係数Ⅱとして評価されているところではあるが、引き続きDPC対象病院が『緊急入院』を積極的に受け入れることができるよう、『緊急入院』については入院後48時間以内(もしくは入院2日目まで)は出来高とすること。
38	救急応需の体制評価		24時間応需の救急体制整備には、医師、看護師、薬剤師をはじめとする多くの医療スタッフを投入しており、体制維持には相応の人的コストを要する。各地域の医療計画において二次、三次救急における救急医療体制を担っている病院について、一定の係数として早急に評価すること。
○ 39	一部の高額薬剤の取扱		化学療法等で使用する一部の高額な薬剤については、ほんの一部のみ出来高算定が可能となっているが、多くが採算割れになっている。採算割れが顕著な高額薬剤については出来高算定とするか、樹形図の分岐を増やす等により採算割れとならないよう制度設計を行うこと。

○

No	要望項目	MDCコード等	要望内容
40	地域連携と他院受診の取扱い		DPC算定患者で入院中に他院を外来受診した場合、その診療費や薬代を入院中の病院と外来受診先病院との合議で決めることになっているが、実際は入院中の病院が外来受診先病院に診療費等を支払っているのが現状である。 高額医療機器(PET-CT検査等)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。
41	地域医療の評価		地域で救急・小児・産科等の医療を行っている病院の貢献度を評価し、地域医療指数として追加すること。
42	専門職配置の評価	病棟薬剤師	チーム医療の一つである薬剤師の病棟常駐配置を評価し、新しい機能評価係数として導入すること。
43	専門職配置の評価	診療情報管理士	DPC導入等に伴い、診療情報管理士の必要性が高くなった。病院における診療情報管理士の配置体制に対する評価を行うこと。
44	ツリー図の全体的な見直し	副傷病	副傷病が樹形図に反映されないものが多く、急変時など「医療資源を最も投入した傷病名」以外に医療資源を投入するケースも多いため、大幅な採算割れの要因となっている。副傷病の見直し・追加を要望する。
45	ツリー図の全体的な見直し	埋め込み型カテーテル	多くの診断群分類(例えば「060035 大腸の悪性腫瘍」など)において、「手術・処置等2」の分岐の中に「G005 中心静脈注射」の分岐があるが、「G003抗悪性腫瘍剤局所持続注入」や「G006 埋込型カテーテルによる中心静脈栄養」の分岐がない。これらの分岐の追加を要望する。

○

No	要望項目	MDCコード等	要望内容
46	一部の技術の出来高扱いへの変更	病理組織標本作製	通常、入院患者の病理組織検査は悪性腫瘍等手術摘出臓器が多く、外来等の生検検体に比べ標本作製には医師をはじめ多くの人的経費を含めた支出が必要である。また、免疫染色(免疫抗体法)病理組織検査は、高額な試薬を用い、いずれも患者の治療選択あるいは病理診断鑑別診断に直結したものであり、多臓器数検索のことも多く、多数の標本作製する必要がある。現在は、十分な検索を行う場合は病院の持ち出しとなっている。従って、入院悪性腫瘍手術検体は病理組織標本作製ならびに免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製をDPC包括算定から除外し、出来高算定とすること。
47	一部の技術の出来高扱いへの変更	血漿製剤	血漿製剤(新鮮凍結血漿)は手術に伴って使用される機会が多いので、手術の部で出来高算定を可能とすること。
48	調整係数の移行		調整係数は段階的に廃止されることになっているが、現状では、DPC対象病院となる前から効率的な質の高い医療を提供している病院が不利となっている。調整係数の廃止は、段階的ではなく早期に廃止し、新たな機能評価係数への移行を行うこと。
49	機能評価係数の改正	大腿骨頸部骨折	地域連携診療計画料の算定において「がん」「脳卒中」と並び算定項目のひとつとなっており、地域連携の一端を担っている。大腿骨頸部骨折の地域連携パスの評価を、地域医療指数に反映すること。
50	機能評価係数の新設	災害拠点病院	地震等の大災害時に拠点病院となるよう備えている事への評価を行うこと。
51	その他	17 精神	精神単科病院はDPC対象外であるが、医療の標準化・質の向上といった観点からも、DPC対象とすること。