

令和6年度 社会保険診療報酬に関する

改正・新設要望書

令和5年6月22日



公益社団法人 全国自治体病院協議会

目次

はじめに	P.1
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.12
出来高 改正要望	P.13
出来高 新設要望	P.28
D P C 要望	P.32

はじめに

全国自治体病院協議会の会員病院は、全国の都市部から離島・へき地にまで存在し、民間医療機関では対応することが困難な不採算医療、高度な医療などに積極的に対応しています。離島・へき地には民間診療所がすでに存在しなくなったような環境も存在しますが、会員病院が地域密着型の病院として地域を支えています。

会員病院は、使命感を持って地域医療に当たっており、新型コロナウイルス感染症においても、会員病院の70%が重点医療機関、21%が協力医療機関として患者を受け入れました。感染症病床数に関しては、会員病院が全国の病床の66%を担っており、今後策定される第8次医療計画の新興感染症対応の中心的存在となると考えられます。

当協議会では、会員病院がそれぞれの地域において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可能としていくために、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602項目（出来高505項目・DPC97項目（一部重複を含む））の要望を提出いただきました。

当協議会は、「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、医療技術については、内科系学会社会保険連合（内保連）及び外科系学会保険委員会連合（外保連）の学術的な検討に配慮しつつ、地域医療の最後の砦である病院の団体として、医療機能の分化・連携、チーム医療の推進、医療従事者の働き方改革の推進等を進めるように検討を重ねてきました。その結果、106項目（出来高98項目、DPC8項目）に絞り込んだものが本要望書であり、次期診療改定において改正・新設が不可欠と考える事項です。

昨年よりエネルギーを含む種々の物価が上昇しており、病院経営に多大な影響を与えています。多くの当協議会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高騰により、その費用および価格高騰に伴う消費税増など費用負担が増加し、経営を圧迫してきています。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が起こった場合の対応が十分にできない可能性もあります。

特に、全国的な生産年齢人口の減少のうえ、若年者の都市部への流出により、地域医療において重要な役割を担っている離島・中山間地等の中小病院においては、限られた医療人材で医療体制を維持している現状です。算定要件での実績要件、人員配置要件等で少数の施設しか取得できないような施設要件を設定することが無いよう、または地域要件で緩和できるようなご配慮をお願いしたいと考えます。

全世代型医療だけでなく、都市と地方の格差をなくし、日本のどこに住んでいても医療の恩恵が受けられるような全地方型医療が実現できるように、令和6年後診療報酬改定において、後述する重点要望・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元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 小熊 豊
診療報酬対策委員会委員長 小阪真二
DPC小委員会委員長 野村幸博

診療報酬対策委員会及びDPC小委員会 委員名簿(令和5年6月22日現在)

氏名	施設名 施設役職	協議会役職・所属	診療報酬対策委員会	DPC小委員会
小阪 真二	島根県立中央病院 院長	担当常務理事	長	○
野村 幸博	地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院 院長	担当常務理事	長代行	長
大西 祥男	地方独立行政法人加古川市民病院機構加古川中央市民病院 理事長兼院長	担当常務理事	○	長代行
阪本 研一	美濃市立美濃病院 院長		○	
石原 淳	平塚市民病院 病院事業管理者		○	
伊藤 昭英	市立千歳市民病院 院長	中小病院委員会	○	
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	○	
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	兵庫県社会福祉事業団 顧問 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	○	
平 ちひろ	地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立多摩北部医療センター 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 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	○	
菊池 雄一	岩手県立中央病院 臨床工学技師長	臨床工学部会	○	
岩淵 勝好	山形市立病院済生館 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 診療情報管理室主任			○
田中 一成	地方独立行政法人静岡県立病院機構 理事長	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	A000 A001 A002	同日複数科受診に対する初・再診料の見直し	初診料 1科目 282点 2科目 141点 3科目 0点 再診料(外来診療料) 1科目 72点(73点) 2科目 36点(36点)	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科まで拡大することを要望する。	2023年度より紹介受診重点医療重機関が認定されることになるが、それらの医療機関では抗悪性腫瘍剤の治療をすることが多くなると考えられる。近年の抗悪性腫瘍剤とくに分子標的薬、免疫チェックポイント阻害薬などは、副作用が広範囲にわたり、複数診療科の専門医師が管理する必要がある。また、人口減少がすすむ地方においては、医科診療所も減少している現状があり、その場合、地域密着型の病院が複数の疾患を診察する必要が発生している。それぞれ専門の医師が診療治療に当たることになる。そのため、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科まで拡大することを要望する。					
○	2	医師	改正	A234-2	感染対策向上加算2の要件見直し	現在感染対策向上加算2の施設基準には、専任の常勤医師、専任の看護師、専任の薬剤師、専任の検査技師の配置、感染対策部門の設置が必要となっている。	感染対策向上加算の専任要件の緩和を要望する。	中規模病院において感染症を扱う専任医師、病院薬剤師の確保が難しい中で専任の薬剤師を確保するのは困難である。 新型コロナウイルス感染症蔓延において明らかになったことであるが、感染対策が充分でないために、患者を収容することができないと判断した医療機関が数多くあった。感染対策向上加算の専任要件を緩和し、感染対策に対する意識を高め、研修を課すことにより、今回の新型コロナウイルス感染症対応で起こったような事象を回避し、第8次医療計画の6事業目に追加される新興感染症に対応できる医療機関を増やすことが必要と感じる。そのため、感染対策向上加算の専任要件の緩和を要望する。		専任要件の緩和			
○	3	医師	改正	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の包括項目の緩和、入院中の医療の質の評価	入院料に包括	栄養サポートチーム加算、病棟薬剤業務実施加算、退院時共同指導料2、介護支援連携指導料、診療情報提供料を包括から除外する。	前回令和4年度診療報酬改定において、入院経路に関する実績要件での減算等の措置が追加されたが、入院経路ではなく、入院中の医療の質に対する評価が大切と考えられる。薬剤師・MSW・ケアマネジャー・栄養師等多職種参加を推進することでタスクシフトと地域密着型機能の充実を図る。包括事項の多い現行では退院支援等を密に実施し30日で退院するよりも手薄な退院支援等で60日入院した場合の方が運用収益が上がる仕組みになっており、地域包括ケア病棟の退院支援等の質が正当に評価されていない。					

出来高 重点要望

重点	NO	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	4	医師	改正	通則	退院時処方取扱い	転院時は対象外	(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する	退院時処方は「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、患者の状態からいけ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を生じている。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よう検討していただきたい。					
○	5	医師	新設		新型コロナウイルス感染症外来診療料		1回につき、100点	新型コロナウイルス感染症は五類感染症になったとはいえ、感染力はその他の五類感染症に比べて格段に高い。外来診察には、細心の注意と感染対策用の物品を必要とする。また、流行の再燃を回避するため、療養機関の生活についての指導も必要となる。そのため、新型コロナウイルス感染患者の診察に対する評価をお願いしたい。					
○	6	医師	新設		新型コロナウイルス感染症入院治療加算		1日につき、250点	新型コロナウイルス感染症は五類感染症になったとはいえ、感染力はその他の五類感染症に比べて格段に高い。また入院患者等の感染に対する抵抗力が弱っているものは重症化および死亡のリスクが高く、個室で対応するなど感染管理に慎重な対応が必要である。医学的理由で個室対応する場合は、選定療養費は算定できず、経営上の不利益も生ずる。五類感染症でも、HIV感染、心臓術後等のMRSA感染には難病等特別入院診療加算が認められており、それに準じて、新型コロナウイルス感染患者の入院治療に対する評価をお願いしたい。					
○	7	医師	新設		地域医療体制確保加算2・3	年間救急搬送件数2000件以上の高度な救急医療を担う地域中核施設に対してのみ『地域医療体制確保加算620点』が設定されている。	『地域医療体制確保加算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)同件数500件以上1000件未満の地域包括ケア病棟の有する在宅支援病院	高度救急を中核施設に集約することと、今後増加する高齢者を中心とした2次救急を地域中小病院が担うことは表裏一体だが、現行では前者のみが評価対象となっているため、地域全体の救急体制支援策が必要である。高齢者救急の担い手として役割を期待される地域包括ケア病棟を有する在宅支援病院に対して加算3を設定する。					

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
○	8	医師	新設	A207-2	報酬点数の増点または新設	医師事務作業補助体制加算	医師事務作業補助処遇改善加算	医師の働き方改革を推進するにあたり、雇用体制に公立病院と私立病院との間で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。					
○	9	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。 更に、クロザピンについてはCPMSへの患者登録が必要となり、プロトコールに則った血液検査などの手順を順守しなければならない。精神科救急急性期医療入院料病棟では、重症患者に手厚い治療を行い早期退院を目指しており、現状の看護体制でも手薄である。新規率や退院率からは除外されてはいるが、クロザピン投与患者が必ずしも精神科救急急性期医療入院料病棟でなくてはならないという根拠がない。					
○	10	精神科	改正	B005-12	こころの連携指導料(I)	・精神科や心療内科との連携が構築されている ・自殺対策等に関する適切な研修の受講	施設基準の見直し・緩和	「自殺対策等に関する適切な研修」がかりつけ医にとってハードルが高すぎる。県医師会などが主催する自殺対策研修を要件に含めるべきである					
○	11	精神科	新設	D283	発達及び知能検査		発達障害の検査の点数について ①「Conners(DSM-5対応)」 ②「CAARS 日本語版(ADHD評価尺度)」 ③「CAADID 日本語版(ADHD診断面接ツール)」	発達障害については、児童のみならず18歳以上の成人にも診断を受けたいという診察希望が増加傾向にある。この発達障害の診断として、左記①～③の検査を実施することが多い。しかし、この検査は診療報酬点数として認められていないため、全て医療機関負担となっている。特に①、②の検査については、発達障害の診断補助として有効であり、発達障害の診断にかかすことのできない検査となっている。多職種でのチーム医療の推進、そして医療の質の向上のためにも発達障害検査の診療報酬上の点数化を要望する。					
○	12	リハビリ	改正	H007-2	がん患者リハの規制緩和	入院患者のみ	外来患者への適応拡大	がんは進行性の疾患であり、日常生活での機能低下も顕著であることから、外来患者に対しても適応と考える。一部のがん術後(乳がん)では、入院期間の短縮により外来での化学療法や通院リハビリを要するケースが多くみられるため外来患者での通院リハビリの適応拡大を要望する。					

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
○	13	リハビリ	改正	通則	リハビリテーションの一般的事項	医師が実施計画書を説明の上交付する	医師から指示を受けた理学療法士等のリハビリテーションスタッフが説明の上交付する	R3.9.30医政発0930第16号「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について」では、リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類の交付について、医師が最終的に確認または署名をすること医師の指示のもとリハビリスタッフを条件に患者等への説明や交付を行うことは可能であるとされているため、診療報酬の算定要件も同様にすべきである。					
○	14	リハビリ	新設	0	急性期の休日リハビリテーション加算	急性期では設定されていないため、実施した場合は平日と同様に疾患別リハビリ・早期加算を適宜算定している	急性期休日リハビリ実施加算の新設	早期退院を促し在院日数の短縮などを図るため急性期のいける休日リハビリテーションの設定が必要なため、急性期休日加算の新設を要望する。					
○	15	事務	改正		レセプト請求時のコメントコードについて		レセプト請求時のコメントコード入力の簡素化、撤回	レセプト審査の平準化等を目的にレセプトへのコメントコード入力が増大されているが、事務員の作業や医師の確認等を含む作業負担がかなり増加しており、働き方改革が提唱されるなか、逆行していると思われる。また、コメントが入っていないと返戻されることが基金や連合会から通達されているが、返戻により入金が遅れることによる病院経営への影響が計り知れない。					
○	16	事務	改正	A302新生児特定集中治療室管理料2	施設基準実績要件の緩和	直近1年間 出生体重2,500g未満の 新規入院患者数が30件以上	件数要件の廃止または緩和	NICUを整備し患者さんの治療は行っていますが、施設基準の「直近1年間の実績件数」の条件を満たすことができず届出ができない病院が存在します。全体的な出生数の減少に伴い未熟児の出生率も減少しておりますが、地域によっては一定程度未熟児患者の治療についても受け入れなければならない病院もございます。各地域におけるNICUの維持のためにも実績件数の緩和が必要と考えます。					
○	17	事務	改正	・A100～A109 ・A300～A319 ・A400(2)	入院基本料の見直し	・A100～A109 入院基本料 ・A300～A319 特定入院料 ・A400(2) 短期滞在手術等基本料3	物価及び人件費上昇相当分の底上げとして 1日あたりの入院基本料各項目で、一律点数の増点を願いたい。	入院時における一般的な生活相当分にかかる費用は、入院基本料として請求を行っているが、現在、病院が負担している光熱水費や食糧費等入院するうえで必要な経費については、過去に例を見ない物価高騰となっている。 また、国が率先して賃金アップを誘導しているが、医療機関は診療報酬という公定価格で収入が決められているため、現状の診療報酬では、賃金アップを行うことは不可能である。 強いては、医療機関における人材確保に大きく影響することになることから、物価高騰、人件費上昇相当分にあたる費用を入院基本料に換算した増点を要望する。					

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
○	18	看護	改正	A207-3	看護補助体制充実加算	看護補助体制充実加算5点	看護補助体制充実加算 15点	看護職員の役割分担が明確になったことを確認し、院外研修、院内研修をおこなっているにもかかわらず、点数が低いため、増点を要望する。					
○	19	看護	改正	A246	入院時支援加算の算定要件の改正	入退院支援加算算定を条件に入院時支援加算1 230点入院時支援加算2 200点	算定要件(告示8 35の6(8))である「自宅から入院する予定入院患者であること」、「入退院支援加算を算定する患者であること」の撤廃	緊急入院患者に対しても必要な情報を収集し病棟へ繋げている。また、入退院支援加算が算定できない患者であっても、入院前から情報を収集し、入院病棟と連携している。入院時支援加算の単独での算定を要望する。			専従または専任看護師	専従または専任社会福祉士	1回30～60分程
○	20	看護	新設		看護師が作成する情報提供書に関する提供料加算	なし	看護サマリ等を転院先医療機関や、地域の介護支援専門員などへ情報提供することに対する評価の新設	患者の退院時や転院時、施設への入所や帰所時は、医師は診療情報提供書を記載し、看護師は看護サマリー(看護として、目的別に必要なことを要約)を作成している。食事内容、ADLなど患者が安全な生活を送るうえでの重要な情報を提要している。サマリ-の記入には時間を要し、地域では、利用者が入院する場合において、介護支援専門員が利用者の情報を医療機関の職員に提供することを評価する「入院時情報連携加算」を算定されている。そのことから、転院・退院時には転院先又は地域の看護師、介護支援専門員などに対して看護サマリ(看護情報)を提供する事に対する評価の新設を要望する。なお医師、薬剤師などと合同で情報提供することへの評価も考えられる。					
○	21	薬剤	新設		転院時薬剤情報連携加算		転院時薬剤情報連携加算100点	転院時に「薬剤管理サマリー」を作成して渡しているが点数設定がない。作成には多大なる時間を要しており、かかりつけ医との連携において薬に関する情報は必須と考えられる。新規加算を新設。 例)退院時薬剤情報連携加算(60点):患者が退院時、保険薬局へ「薬剤管理サマリー」(情報提供文書)を作成し情報提供を行っている。					
○	22	薬剤	新設		病棟薬剤業務実施加算2 救命救急薬剤業務加算		病棟薬剤業務実施加算2 救命救急薬剤業務加算 300点/回	救急の場面では、薬剤師は、医師が診断を行う前に、「常用薬確認」、「薬剤に関する医師への情報提供」、「(中毒症例では)解毒・拮抗薬選択の提案」等を行っており、適正な治療につなげるための重要な役割を担っている。救命救急病棟を有している医療機関において、ER受診から入院に至るまでシームレスな薬学管理が提供される場合の評価に、病棟薬剤業務実施加算2に救命救急薬剤業務加算の新設。					

出来高 重点要望

重点	NO	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	23	薬剤	新設		外来患者への周術期の服薬指導		周術期薬剤管理指導料 1回200点/月	予定手術が決定した患者に対して、使用薬剤(OTCを含む)やサプリメント等について面談による聞き取りを行い、その中で中止が必要な薬剤については、医師に照会した上で患者に指導を実施している。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を行っている。 薬剤師による外来患者に対する指導料(面談、情報整理、麻酔科医・主治医への結果報告、保険薬局との連絡調整等)を行なった場合の評価。					
○	24	臨床検査	改正	D026	国際標準検査管理加算	40	60	国際標準規格を取得することは意義が深いですが、取得・維持には精度管理のためコントロール測定回数の増加、機器管理のための点検等必要経費が増大している。多くの医療機関で認定取得と品質向上が進むよう、増点を要望する。	精度管理、校正にかかる費用				
○	25	臨床検査	改正	K920	不規則抗体	輸血時に197点加算	検査実施料197点	不規則抗体検査は安全な輸血療法の実施において必要不可欠な検査であり、日本輸血・細胞治療学会「赤血球型検査ガイドライン」を参考にしても、コンピュータクロスマッチでは不規則抗体陰性確認が必須の条件となっているため、実施料としての算定を要望する。	輸血検査装置、測定力セット、血球試薬など				30分～2時間
○	26	臨床検査	改正	K920	患者の血液型検査	初回の1回のみ算定可	血液型検査54点(輸血前の二重チェックとして実施した場合に算定する)	輸血療法の実施に関する指針にも輸血前には輸血を実施する医療機関で責任を持って血液型検査を実施する旨の記載と同一患者の血液型の二重チェックを実施するよう記載があるため、診療報酬による算定を要望する	血液型検査のコストは大体350円程度				
○	27	放射線	改正	第4部画像診断通則5	画像診断管理加算2の施設基準の見直し	当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないことが施設基準の要件となっている。	一定件数の外部委託を要件について、画像診断実施件数、医師の配置人数や外注化の割合等、段階的な施設基準の設定を要望する。	画像診断の実施件数が月7,000件をこえており、複数名の放射線読影医の診断を行っても処理しきれない状況である。そのため、一部の読影を外注化している。医師の働き方改革が推進されている中で、医師業務の分業(外注化)が認められないことは、国の方向性と逆行していると考えられるため。					
○	28	放射線	改正	第4部画像診断通則5	画像診断管理加算1の施設基準の見直し	当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないことの要件を満たす必要がある。	区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断の撮影実施件数が月10,000件を超える医療機関については、「専ら画像診断を担当した経験10年以上の常勤医師又は関係学会から示されている2年以上の所定の研修を終了し、その旨が登録されている医師が1名以上配置されていること」「他の施設に読影及び診断を委託する場合には、実施件数の3割以下に留めること」とする。	専門性の高い特定機能病院及び地域医療支援病院、若しくは許可病床の数が400床以上である病院であって撮影実施件数が10,000件を超える場合、当該保険医療機関の人材のみで全ての読影及び診断を行うことは困難であることから、ある一定の目安を持って要件の緩和を求めたい。					

出来高 重点要望

重点	NO	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	29	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640円 特別食加算76円 流動食のみを提供する場合575円 食事療養費Ⅱ 1食につき506円 流動食のみを提供する場合460円	食事療養費Ⅰ 1食につき780円 (流動食のみを提供する場合も同額) 特別食加算93円 食事療養費Ⅱ 1食につき618円 (流動食のみを提供する場合も同額)	入院時食事療養費については、平成9年より現行金額のまま据え置きとなっている。統計局のデータによると、食品の消費者物価指数は、平成27年を100とした場合、平成9年は93.8、令和元年は104.7と10ポイント以上の増加している。さらに昨今の物価高騰は著しく、令和2年を100としたデータでは、食料全体で107.9、つまり平成9年から考えると、18.8ポイントの上昇である。厚生労働省の提示した食事療養費に対する自己負担は、平成27年度までは食材費として260円(食事療養費の40.6%)であったが、平成28年より食材費+調理費として360円(食事療養費の56.3%)、平成30年より食材費+調理費として460円(食事療養費の71.9%)となっている。2022年の自治体病院栄養部会の調査では、食材費260円以内で収まっている施設は19%で300円以上の施設は50%に達しており、今後もさらに上昇が見込まれる。病院における給食業務は多様化し、患者に対応する食事内容は個別化しているため携わる管理栄養士、栄養士、調理師の専門性も必要である。昨今は人件費も高騰しており、最低賃金も平成9年579～679円と比較しても、令和3年853～1,072円と45ポイント以上増加しているため、調理師や栄養士をはじめとした給食業務に関わる人材確保にも多大なる影響が出ている。加えて光熱費も著しい上昇であることから、このままでは、直営・委託にかかわらず、医療の一環としての食事提供が困難となる恐れがある。患者個々の状態に合わせた食事提供は、栄養改善による入院期間短縮、輸液や抗菌剤の減量など、医療経済効果も期待できるうえ、スムーズな在宅への移行が可能となる。適正な病院給食運営のために、食事療養費(食材費として260円×0.188≒50円、人件費200円×0.45≒90円を加えた合計780円)への増額を要望する。 なお、特別食加算および食事療養費Ⅱについても同等比率(122%)での増額を要望する。 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。					

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
○	30	栄養	改正	A104	入院栄養管理加算	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	2022年度に新設されたこの診療報酬は、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。					
○	31	栄養	改正	A104	栄養情報提供加算要件の緩和	特別食加算算定患者で、かつ栄養指導を実施した場合に他の保険医療機関、介護老人保健施設等または福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して情報提供を行った場合、50点を加算する	入院中栄養管理を行ったすべての患者に対し他の保険医療機関、介護老人保健施設等または福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して情報提供を行った場合、50点を加算する	入院中の栄養管理に関する情報を共有することで、他の医療機関や施設においても栄養管理をスムーズに行うための、非常に有益な情報となりえる。特別食および栄養指導という制限枠での実施ではなく、一般食であっても、嗜好や形態、投与栄養量等の情報を共有することで、継続して栄養管理が行えることを踏まえ、地域包括ケアシステム実現のため、栄養情報提供加算の要件拡大を要望する。					

DPC 重点要望

重点	NO	要望項目 (大分類)	要望項目 (小分類)	分類コード及び名称	要望内容
○	1	DPC/PDPS	病理診断の出来高評価および遺伝子検査用の標本作製料の新設		遺伝子による腫瘍や難病の個別化医療が進み、病理診断の件数は増大しており、標本作成などの技術も複雑化している。医師、試薬等の資源が必要となるが、包括評価のため質の向上のための十分な投資ができていない施設も多いようである。本来より医師の技術料の部分であるため、手術や麻酔と同様にドクターフィー的要素にあたる出来高評価を希望する。また、複雑化する遺伝子検査用の標本作製では、標本の不良とならないよう細心の配慮が必要である。「ゲノム診療用病理組織検体取扱い規定(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」の新設を希望する。
○	2	算定方法	高額薬剤の取扱い		単価のみた薬価が高額薬剤に当たらなくとも、入院中に反復して使用する薬剤ゆえ合計して高額な薬価になる場合があり、現行制度では薬価の反映されたDPCや出来高算定の対象とならない症例は多い。これらは「100335代謝障害(その他)」のように多様性のあるDPCにコーディングされる傾向にある希少疾患に多くみられ、専門的な治療方法を反映したDPCの用意が乏しい。小児や難病の領域では収支の影響が多いため、入院中に反復して使用して高額になる薬剤においても高額薬剤として扱うか、適切な分岐が設定されるよう、調査と改善をお願いしたい。 以下は、1日あたり包括点数より薬剤点数のほうが高額になりやすい症例の具体例。 メチルマロン血症における高アンモニア血症に対し、カーバグル分散錠200mg(薬価16596.9/200mg錠)を投与する。1日6錠を内服すると9,958点であり、10日間入院すると薬剤だけで約100万円となる。BH4反応性高フェニルアラニン血症におけるピオプテン顆粒10%(薬価37360.5/10%1g1包)や川崎病のガンマグロブリンにおいても同様。
○	3	診断群分類樹形図	既存の樹形図改善: 定義副傷病	010040非外傷性頭蓋内血腫	頭蓋内血腫において寝たきり状態になった患者は嚥下機能の低下により、誤嚥性肺炎を発症する場合がある。肺炎の重症度分類のうちI-ROADを使用した評価で中等症、重症に相当するものはかなりの医療資源の追加投入が必要となる。 肺炎の管理もあり、非急性期病院への転院も難しい。 現行の樹形図では誤嚥性肺炎が副傷病名に該当しないため誤嚥性肺炎発症により、入院期間が長期となった場合、適切な評価が受けられていない。I-ROAD分類 中等症・重症の分岐新設を希望する。

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
1	医師	改正	A000	初診料の注釈5の「疾患の継続疾患治療中に、新たな疾患で受診しても初診料を算定できず、再診とするルールの見直し」	同一日複初144点 同一日以外再診料及び外来診療料 同一日に他科初診の場合は複初144点と評価されるが、別日に受診した場合は再診料になる	同日再診日以外の科初診の評価	初診と別の日に受診すると再診扱いになると、ある病院に受診していれば、継続治療中の疾患がある限り、受診日を調整すれば、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」という原則からも外れるし、紹介状なしの初診患者に選定療養費を課し、地域における病院と診療所の機能分担の推進を図るという方向性とも一致しない。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言われる診療方位があった場合、初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	A247	認知症ケア加算の報酬 1)点数増、2)加算2の要件緩和	1) 加算1 14日以内 160点 15日以上 30点 加算2 14日以内 100点 15日以上 25点 加算3 14日以内 40点 15日以上 10点 2) 認知症患者の診療に十分な経験を要する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する研修(600時間以上)を終了した常勤看護師を配置	1) 加算1 14日以内 170点 15日以上 30点 加算2 14日以内 110点 15日以上 30点 加算3 14日以内 60点 15日以上 20点 2) 認知症患者の診療に十分な経験を要する専任の常勤医師又は全ての病棟に3名以上配置された研修(9時間以上)を受けた看護師のうち1名が週1回以上の病棟巡回を行い、認知症ケアの実情を把握し病棟職員に助言すること	入院患者の高齢化に伴い認知症患者の割合が急増し現場では看護体制の補強を余儀なくされているがその評価が不十分である。特に、急性期病院では14日以内、回復期・慢性期病院では15日以上の点数増が望まれる。大病院に比べて中小病院は認知症患者の割合が高くその入院期間が長いにもかかわらず、人員不足のため人員配置の要件を満たすことが出来ないために、加算2の要件緩和(600時間以上の研修要件を除外し実務で評価)を要望する。					
3	医師	改正	A302 1 A303 2	新生児特定集中治療室管理料1 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児集中治療室管理料) 施設基準の見直し	(7) ア)直近1年間の出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数が4件以上であること。 イ)直近1年間の当該治療室に入院している患者について行った開胸手術、開頭手術又は開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術の年間実施件数が6件以上であること	左記基準の緩和を要望する。 例えば「直近1年間の出生体重1,500g未満の新生児の新規入院が8件以上であり、そのうち1件以上は1000g未満であること」等。 または「直近1年間の出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数、又は当該治療室に入院している患者について行った開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数の合計が6件以上であること」等。	少子化が進み、出生数の絶対数が少なくなったことに伴って1,000g未満の出生数が減少している。 また、早産管理の向上により従来は1,000g未満で出生していたであろう切迫早産症例が1,000gを超えて出生するケースも増えている。 そのため出生数の絶対数が少ない県における新生児特定集中治療室においては左記の基準を満たさない年が出てきている。 同じ人員、施設でありながら、年によって加算がとれたりとれなかったりすることは、施設の存続に関わる問題であり、安定した周産期医療提供の継続を困難ならしめる可能性がある。					

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
4	医師	改正	A226-2	施設基準の内容変更	緩和ケア診療加算390点	緩和ケア診療加算390点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準	緩和ケアに係るチームのイ精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師は精神科医が必要となっている。近年、がん緩和目的で一般病棟や療養病棟で終末期を迎えるケースが増えており、当院でも増加している。身体症状精神症状共に、緩和ケア研修を修了している医師の配置とし、精神科医でなくとも可能となるよう要望する。					
5	医師	改正	C170	排痰補助装置加算	在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患等の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	在宅人工呼吸を行ってなくても、神経筋疾患で排痰が困難な場合は算定可能	排痰補助装置加算は、在宅人工呼吸を行っている患者であって、換気能力が低下し、自力での排痰が困難と医師が認めるものに対して、排痰補助装置を使用した場合に算定できる。」とされているが、神経筋疾患の患者さんの多くは排痰補助装置の使用が在宅人工呼吸器の導入よりも早期に必要であったり優先されたりするため、在宅人工呼吸を行っていない患者さんでも排痰補助装置が使えるような制度に変えてほしい。					
6	医師	改正	B001-5	小児科療養加算	小児科療養指導料の対象となる疾患及び状態は、脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症及び児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病(同条第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。)並びに同法第56条の6第2項に規定する障害児に該当する状態であり、対象となる患者は、15歳未満の入院中の患者以外の患者である。また、出生時の体重が1,500g未満であった6歳未満の者についても、入院中の患者以外の患者はその対象となる。	「出生体重1500-2000gの3歳未満」、「出生体重1000g未満は9歳未満まで拡大」、「染色体異常または遺伝子異常をとまなう症候群」	現在出生体重1500g未満が6歳未満まで対象になっているが、1500gから2000g未満の児も出生後のフォローアップが必要であり体重、身長、頭囲測定が必要で外来診療が長くなるが、再診料と外来管理加算のみしか請求できない。 出生体重1000g未満の児は9歳程度までフォローアップが必要になることが多いが、請求できない。 対象の「ダウン症等の染色体異常」の定義がいまいであり、同様の病態の児も同じくフォローアップが必要のため「染色体または遺伝子異常を伴う症候群」に対象拡大を希望。					

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
7	医師	改正	A234-5	報告書管理体制加算	報告書管理体制加算 7点	報告書管理体制加算20点	医療安全上、病理、放射線等報告書の管理体制について新設されたが、業務上の体制構築、実際に従事する職員の業務量から増点を希望する。					
8	医師	改正	K740-2	腹腔鏡下直腸切除・切断術	腹腔鏡下手術と同点数	内視鏡手術用支援機器を用いた場合の加算	内視鏡手術用支援機器を用いた場合の加算は、前立腺、腎、胃に対してのみであり、広く普及しつつある直腸に対しても加算を認めてほしい。					
9	医師	改正	B001-2-5	院内トリアージ実施料	初診料を算定する患者のみ算定できる。	再来患者も算定可とすることを希望する。	初診料を算定する患者のみが算定対象となっているが、再来患者はトリアージを行わないということはないので、全トリアージ患者に算定が出来るよう要望する。					
10	医師	改正	B001	別の部位にがんが新発生した場合、がん患者指導管理料イは算定できるが、追加でがん患者指導管理料口の算定できない。	別の部位にがんが新発生した場合、がん患者指導管理料イは2回目、3回目と算定でき、がん相談室でサポートするが、がん患者指導管理料口は最初の6回以上算定できない。	がん患者指導管理料イの算定に対して、がん患者指導管理料ロ、がん患者指導管理料ハを算定できるようにする	がん患者指導管理料イは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、がん患者指導管理料ロについては、200点×6回以上は算定できないことになっているが、数年後に別の部位の新たな癌になる方も多くおられ、その後の継続相談にも診療報酬算定されるべきと考える。					
11	医師	改正	A249	精神科急性期医師配置加算	身体疾患と精神疾患を併せ持つ救急搬送患者のうち、到着後12時間以内に当該保険医療機関の精神科医が診察した患者数5名以上	12時間以内を24時間以内に緩和すべき	救急患者の多くは準夜帯に集中するのに12時間以内の診察を求めるのは急性期総合病院の数少ない精神科医に過酷な深夜労働を求めるものと言わざるを得ない					12時間以内→24時間以内
12	医師	改正	L008-5 注11	術中脳灌流モニタリング加算	頸動脈内膜剥離術や人工心肺を用いた心臓血管手術でのみ算定できる。	算定基準を拡大(緩和)して欲しい。	脳梗塞の既往のある患者や、内頸動脈の有意な狭窄のある患者においてもモニタリングは有用である。					

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
13	医師	改正	I029 I030-2	周術期等専門的口腔衛生処置 非経口摂取患者口腔粘膜処置	術前1回 術後1回 月2回	周術期等専門的口腔衛生処置については術前1回・術後3月以内において週1回への算定回数の増加 非経口摂取患者口腔粘膜処置については挿管中の患者は週3回、それ以外の患者に対しては、週1回への算定回数の増加	がん等に係る手術後には口腔内の微生物が原因となるSSI(手術部位感染)や誤嚥性肺炎などの術後感染症が課題であり、VAP(人工呼吸器関連肺炎)は、入院期間の長期化をきたし予後不良でもあり、発症予防は極めて重要である。周術期の口腔衛生処置を術前1回・術後1回では十分な治療効果は期待できず、少なくとも術後に週1回程度の処置が必要である。気管内挿管中の患者ではほぼ毎日の口腔粘膜処置を必要としている。口腔剥離上皮膜が12時間で形成されるとの報告ならびに日本老年歯科医学会の報告からも、非経口摂取及び患者自身による口腔清掃困難な患者に対しての頻回な口腔ケアが必要とされている。以上より、以下のとおり要望する。 1)周術期等専門的口腔衛生処置については術前1回・術後3月以内において週1回への算定回数の増加 2)非経口摂取患者口腔粘膜処置については挿管中の患者は週3回、それ以外の患者に対しては、週1回への算定回数の増加					
14	医師	改正	A200-2	急性期充実体制加算	特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係の賃貸借取引がない。	要件の削除	本加算を新設するにあたり、「回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担」として、「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係の賃貸借取引がない。」が、施設基準の要件とされているが、高度かつ専門的な急性期医療の提供体制には関係が薄いと考える。以上のことから、要件とされている「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係の賃貸借取引がない。」の削除を要望する。					
15	医師	改正	B009	診療情報提供料(Ⅰ)注18検査・画像情報提供加算の増点	イ退院患者200点、口入院中患者30点	イ300点 口100点	地域医療ネットワークが全国各地で展開されているが、そのほとんどが活用されていない状況であり、医療DXをにあたり既存のインフラの活用を促進するために要望する。					
16	医師	改正	B009-2	電子的診療法上評価料の増点	30点	100点	地域医療ネットワークが全国各地で展開されているが、そのほとんどが活用されていない状況であり、医療DXを前に既存のインフラの活用を促進し、また、インフラ設置のイニシャルコスト・ランニングコストに対しての評価が低すぎるため要望する。					

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
17	医師	改正	A000 A001 A002	医療情報・システム基盤整備体制充実加算	マイナンバーカードを利用しない場合初診4点(特例でR5.4～12まで6点)、利用する場合初診4点(同6点)※利用しない場合、する場合の区別をなくすることを要望。	マイナンバーカードを利用しない場合初診4点(特例でR5.4～12まで6点)、利用する場合初診4点(同6点)※利用しない場合、する場合の区別をなくすることを要望。	現行制度では、マイナンバーカードを利用しない患者に対して負担増となっているが、医療機関側からするとマイナンバーカードを利用できない体制の方が増収する仕組みとなっており、オンライン資格確認普及のモチベーションになっていないため。業務改善の足枷となっている。					
18	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。					
19	精神科	改正	I001	入院精神療法(Ⅰ) 入院精神療法(Ⅱ)	・入院精神療法(Ⅰ)400点:指定医が、週3回まで ・入院精神療法(Ⅱ)150点(6か月)指定医が認める場合、週2回まで 同一週に入院精神療法(Ⅰ)と(Ⅱ)の同時算定不可	研修中の非指定医を指導する指定医に、週に1回(もしくは2回)の精神療法(Ⅰ)の算定を認める	指定医を養成する研修病院において、そのコストが病院持ち出しとなっている患者が12週間入院する場合 ・指定医 400点×3回×12週=14400点 ・非指定医=150点×2回×12週=3600点 研修中の非指定医が5人いる場合 ひとり年に25人の患者を担当するとした場合、病院側の減収は(14400-3600)×25×5=135万円 1000万円以上の減収となる。					

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 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生じた場合には、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信した際の処方は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。					
21	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
22	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。					
23	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言い難い。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
24	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					
25	リハビリ	改正	H004	摂食機能療法	30分未満の算定ができるのは脳卒中のみ 摂食機能障害を有するもの、脳卒中患者であって摂食機能障害を有するもの	対象の拡大	脳卒中以外の疾患の場合でも30分未満の点数請求ができる様に対象を見直すべき 食道癌術後の神経麻痺や神経難病(パーキンソン病)での摂食嚥下障害をきたし、リハビリ介入を要し対象にすべきである。					
26	リハビリ	改正	A308-3	地域包括ケア病棟入院料	施設基準において1日平均2単位以上の提供が必要	地域包括ケア病棟(病床)におけるリハビリの出来高算定(上限単位数を決めた上で)	地域包括ケア病棟のリハビリにおいては、在宅復帰に向け少しでもリハビリを行いながら療養を行いたいケースがあるが、高齢等で1日2単位に対応できない患者もおり、適切な治療を実施する妨げとなっていることがある。1単位でも算定可能にしてほしい。					
27	リハビリ	改正	H003	呼吸リハビリテーション料の増額、算定日数の増加	呼吸リハ I 175点 II 85点 算定日数 90日	呼吸リハ I 185点 II 150点 算定日数 120日	呼吸器リハビリテーションは専門的スキルや知識が必要である。そのため、廃用症候群リハビリテーションと同等、もしくはもう少し高い診療点数や算定可能日数の増加を要望する。					
28	リハビリ	改正	H000,H002	心大血管リハ、運動器リハの対応者拡大	言語聴覚士は算定対象外	言語聴覚士算定可能	高齢化率が高まり、心疾患や運動器疾患の患者でも嚥下や発声に問題がある場合が多い。現在、言語聴覚士は対応ができないため、対応者の拡大を要望する。術後患者では摂食・嚥下リハビリテーションが必要な患者が多いが、心大血管、運動器リハビリの処方では実施できないため、患者に不利益が生じる。					
29	リハビリ	改正	H000	心大血管疾患リハビリテーション料(I)	205点	210点	適切な心臓リハビリにより心筋梗塞の再発を減少させ、患者の再入院を減少させ、医療費の削減も可能とされている。心筋梗塞への心臓リハビリは急変リスクも高く、相応の知識及び慎重な対応を要するため、診療点数を上げる必要があると思われる。					

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
30	リハビリ	改正	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の施設基準の変更	施設基準において1日平均2単位以上の提供が必要	1日1単位以上の提供についても、提供条件に加えてほしい	高齢等で1日2単位以上のリハビリを実施することは困難だが、短時間の継続したリハビリが必要な患者が多いのが現状であり、適切な治療の妨げとなる場合があるため。					
31	事務	改正	D019	細菌薬剤感受性検査	1 1菌種 180点 2 2菌種 230点 3 3菌種以上 290点 4 薬剤耐性菌検出 50点 5 抗菌薬併用効果スクリーニング 150点	1~3について検出された菌種により点数を分けるのではなく、1項目にしてほしい。	検査結果後に菌の数によって患者への追加請求になるため、事前に説明をしていても支払のトラブルになりやすい。検査を実施した日に算定できるような仕組みに変更していただきたい。					
32	事務	改正	A207	診療録管理体制加算1の要件緩和	退院患者2,000名に1人の専任常勤職員の配置	非常勤職員の常勤換算での配置を可能	入退院患者数の多い医療機関は2,000人に対して専任かつ常勤職員の配置の人材の確保に難渋する。非常勤職員を活用できる場を増やすなど多様な方法による職員の確保等による要件緩和を希望する。					
33	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160点 □15日以上30点 2 イ14日以内100点 □15日以上25点 2 イ14日以内40点 □15日以上10点	1 320点 2 200点 3 80点	長期的な入院を防止するため入院料の減額があるのは理解するが、認知症におけるケアによる業務量は入院期間により減少するものではない。そのため、14日以内や15日以上制限の撤廃を要望するものである。また、認知症ケア加算は、その業務量に見合った点数ではないと考えるため増点を望むものである。					
34	看護	改正		ハイケアユニット入院医療管理料	重症度、医療・看護必要度の評価項目として「心電図モニター管理」(1点)があり、モニタリング及び処置に係る得点が3点以上とされている。	今回の改定において重症度、医療・看護必要度の評価項目及び評価方法の中で「心電図モニター管理」はICUでは削除されたが、HCUについては今後も項目として残すことを要望する。	HCUにおいては、入室する患者の特徴からモニター管理は重要である。また点滴についても、同時に3種は行わなくても、複数薬剤を投与する状況はある。HCU管理が必要な状況であっても、評価項目の削除で評価されない状況になりえ、事実上HCUの運用ができなくなる恐れがある。					
35	看護	改正	A300	救命救急入院料	他病棟から救命救急入院料への転棟は算定不可	他病棟から救命救急入院料への転棟も算定可	特定集中医療管理料の病室が満床の場合、他病棟から救命救急入院料へ転棟することが多い。看護配置4:1で重症であっても一般病棟と同点数である。一般病棟より高い点数を希望する。					
36	看護	改正	B001.234	がん患者指導管理料	末期の悪性腫瘍の患者に対して入院以外の患者への診療方針への意志決定支援1人1回まで500点	入院中の患者にも算定できる対象に追加するよう要望する	ACPのかかわりにより身体や心理的な変化から入院中に療養場所に関する意志決定支援を行う患者が増えている。診療方針を確認し、話し合う場面が見受けられるため					

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
37	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	1 医療安全対策加算1 710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、業務内容も着実に増えている。現行の報酬点数では、確保すべき医療安全対策担当者の人件費をカバーすることが全くできない。医療安全対策と並列で必須と位置づけられている感染対策向上加算(710点)と同水準への増点を要望する。					
38	薬剤	改正		がん患者指導管理料ハ	医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点	増点、回数制限の見直し・本人以外の家族等のみで説明した場合も算定・算定後、薬剤管理指導料を算定できるまでの期間の制限撤廃・がん患者指導管理料イを算定した同日であっても、別途薬剤師が説明を行った場合は同ハの算定が可能となるよう要望 1回300点	病棟で行う薬剤管理指導(特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合:380点)と比較して労力は同程度かかるにもかかわらず点数が低い、治療経過が長い場合、6回を超えて算定対象となる場合がある、認知症がある場合等、家族等が実質の服薬や副作用管理の主体となる患者も少なからず存在する。6日以上間隔が空いていないと薬剤管理指導料が算定不可等の理由					
39	臨床検査	改正	D012	ノロウイルス抗原定性の算定要件緩和	ノロウイルス抗原定性 150点 以下のいずれかに該当する患者について、当該ウイルス感染症が疑われる場合に算定する。 ア)3歳未満の患者 イ)65歳以上の患者 ウ)悪性腫瘍の診断が確定している患者 エ)臓器移植後の患者 オ)抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、又は免疫抑制効果のある薬剤を投与中の患者	ノロウイルス抗原定性 150点 当該ウイルス感染症が疑われる場合に算定	学生、児童生徒や飲食店、給食施設、宿泊施設等の従業員に下痢・嘔吐症状が出た場合、ノロウイルスが原因であるかが問題になる。ア～オ以外の患者が外来受診し、当該検査を実施した場合には混合診療に該当し、一連の診療が保険外の診療になってしまう。このことから、当該検査を実施することにより通常は保険診療対象となるものが自費診療になってしまうため、算定要件を見直していただきたい。また、集団感染防止や院内感染防止のためには、早期診断と迅速な感染対策が重要と考える。					
40	放射線	改正	E200注6	外傷全身CT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、外傷専門医、又は整形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。	放射線画像診断専門医及び、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
41	放射線	改正	E202注5	乳房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、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。	放射線画像診断専門医及び、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。					
42	放射線	改正	M000	IMRTの施設基準	治療医が2名必要(専従と専任または専従2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、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ほとんどであり、日本放射線腫瘍学会でもその重要性を認めている。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。				医学物理士1名	20分
43	栄養	改正	A233-2	栄養サポートチーム加算増点	週1回200点	週1回400点	NSTによる栄養改善は、合併症併発の予防、感染対策、在院日数の短縮など極めて有効である。専従あるいは専任として、医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の4職種に加え、リハビリスタッフや臨床検査技師など多くの職種が関わっている。また、回診だけでなくカンファレンスなども必要であり、複数の医師及び医療スタッフの介入により、NSTの運営は行われる。現行の200点では、緩和ケアチームと比較しても、NSTに対する点数評価は低い。回診、カンファレンス等を含めた活動を推進していくため、多職種協働業務が推奨されていることを踏まえ、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
44	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、がん患者個別対応食を、特別食加算算定対象 * 高度肥満においては、肥満度+30%またはBMI28以上に引き下げ	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。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。個別対応が必要なアレルギー食は、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。また、がん化学療法中は、味覚や嗜好の変化があり、食事摂取量が低下しがちであるが、調理法や味付けの工夫で食事摂取量を低下させないことが治療成果に大きく関わってくるため、個別対応食を提供した場合に加算要件追加を要望する。 高度肥満は、生活習慣病の増加を招き、それに伴い医療費も増大する。高度肥満に至ってからは、食事療法による改善がかなり困難であり、食事療法が一時的なものになってしまう可能性がある。栄養指導の基準の引き下げに合わせて、加算要件の緩和を要望する。					

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
45	栄養	改正	B001	栄養食事指導算定病名の拡大	糖尿病、腎臓病、肝臓病、膵臓病、脂質異常症、高度肥満食(肥満度+40%またはBMI30以上)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)、閉鎖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する 高度肥満については肥満度+30%またはBMI28以上に引き上げ	慢性閉塞性肺疾患(COPD)の患者は、低栄養状態に陥りやすいうえ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。医療ケア児支援法の制定に伴い、重症心身障害児への栄養管理を充実させる責務がある。 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。 2019年「国民健康・栄養調査」によると、成人の肥満は2013年から有意に増加し、特に50代男性では、約40%がBMI25以上となっている。高度肥満は予防的見地および、動機付けからも対象を引き下げ、早期介入することが生活習慣病予防対策としても有効である。 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。					

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
46	栄養	改正	A233-2	栄養サポートチーム加算要件緩和	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	小児、特定集中、ハイケア、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟など特定入院料算定の場合でも、NSTを算定可能にする。 療養病棟、結核病棟、精神病棟については、入院日から6月以内、入院1月までは週1回、2月以降は月1回のみ算定可とされているが、制限を解除し週1回の算定とする。	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。					
47	栄養	改正	B001-9 B001-10	外来及び入院栄養食事指導 食物アレルギー対象年齢の緩和	9歳未満	年齢制限を解除する。	食物アレルギーの患者は増加しており、9歳を超えてもなお長期に除去を継続する必要がある場合が多い。成人においても小麦、甲殻類、果物などの新規発症例がある。成長期にある小学校高学年以降の児に対しても、食物除去と代替食での必要栄養の確保は重要で、適切な栄養指導を必要とするため、食物アレルギーの診断を伴う栄養指導は、年齢制限の撤廃を要望する。 令和4年の改定において、小児食物アレルギー食物負荷試験は16歳未満に引き上げられたが、現段階では栄養食事指導は9歳未満のままである。 食物アレルギーに対する栄養指導対象年齢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
48	栄養	改正	A308	地域包括ケア病棟における栄養食事指導料の算定	地域包括ケア病棟は栄養食事指導料が包括化	栄養指導包括化を解除する。	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、栄養指導が算定されないことで、在宅主治医や訪問看護ステーション、介護老人保健施設や介護老人福祉施設等に作成している情報提供書も、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指導の包括化解除を要望する。					

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
1	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特定の条件が揃わない限り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ための役割を果たす基幹病院を診療報酬で評価する(その一部を派遣医師の給与に当てる仕組みが期待される)400床以上の臨床研修医制度基幹型病院を対象とし、一定の人員配置を下回る医師の不足に直面する中小病院等と連携し医師を派遣する実績をもつ基幹病院を評価する。	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。連携病院から要請を受けて対応する「地域医療支援部(仮称)」を病院内に設置し、1日平均●人以上の地域支援の実績を要件とする(岩手県立中央病院や加古川中央市民病院等での実績を参考とし基準設定する・・・5～10人?)。派遣形態は前期研修地域医療研修・専門医研修・当直ほか問わない。					
2	医師	新設	C105-2	在宅小児経管栄養法用指導管理料	諸種の原因によって経口摂取が著しく困難な15歳未満の患者または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未満であるものに限る)について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう	体重要件を20kg未満から30kg未満への緩和、ないし撤廃を求めます。	15歳未満から経管栄養を継続している医療的ケア児において、体重が20kg以上を超えることも少なからずある。本指導料が算定できないと注入ポンプ加算がとれず持ち出しとなったり必要な医療が受けられない。また、この管理料を取るため体重をコントロールするなど誤った方向に誘導する可能性があるため要望する。					
3	精神科	新規		(仮称)精神科心理面接料			近年、医療は急速に高度化・複雑化している。特に精神科医療では、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(発達障害、高次脳機能障害、依存・嗜癖、摂食障害、心的外傷後ストレス反応、認知症等)が多くなっている。そのため心理的ケアのニーズが急増しており、公認心理師による心理面接希望は多く、患者の社会生活の維持に大きく寄与している。公認心理師による心理面接(カウンセリング)は、今後もニーズは多くなっていくと思われること、そして医師の負担軽減やチーム医療推進のためにも診療報酬での新設を要望する。これは医師のタスクシェアにもつながる。 (例) ・公認心理師が入院、外来患者に心理面接を行った場合、30分以上で200点、さらに15分ごとに50点を週に1回限り算定できるものとする。 ・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。 ・連続10回を限度とする。					

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
4	精神科	新規	A311 A311-2 A312 A314 A318 A103	(仮称)身体拘束最小化加算	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 精神病棟入院基本料	病院の身体的拘束ゼロの取り組みに対しての新設	精神科病院では、「医療保護入院等診療料」を届出している医療機関については、行動制限最小化委員会での活動を実施している。近年、身体拘束についての裁判も増えてきており現状を上回る身体拘束についての取り組みが必要となっている。身体拘束については、精神保健福祉法の基本理念(法第1条)に沿って行う必要があり、告示第130号に示されている処遇の基準をみたしていることが必須であることを再認識し、行動制限最小化に向けた更なる取り組みに対する診療報酬の新設を要望する。 新設に際しては、感染対策向上加算を参考に、身体拘束最小化に取り組んでいる模範となる基幹病院を中心に、その他の医療機関と連携を組み、互いに助言、支援そして相互に評価し合える体制の構築を基本として加算新設を要望する。					
5	リハビリ	新設	H000~H003	疾患別算定項目拡大 糖尿病の運動療法	疾患別算定区分に糖尿病が明記されていない	疾患別算定区分に糖尿病を明記	糖尿病や予備群と合併症が増加する中、運動療法が必須であり、疾患の増患予防目的に指導等を実際に行う場合が多い。療士が時間をとって対応をおこなっているが、糖尿病運動療法の点数が設定されていない。リハビリテーション分野において内部障害リハビリテーションが確立されている観点からも入院中の糖尿病運動療法に関わる点数の設定を要望する。					
6	事務	新設		情報セキュリティ対策加算	なし	医療情報システム安全管理責任者の配置及び院内研修の実施(情報セキュリティに関する内容を少なくとも年1回程度)を要件に加えるとともに、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保: 50点(入院初日)	現行診療報酬で、診療録管理体制加算の要件(許可病床400床以上の病院)として謳われているが、同要件でサイバー攻撃に対するセキュリティ対策を評価する診療報酬の新設を望む。					
7	事務	新設		情報システム管理加算	なし	月に一回、150点の加算。	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SEの常時配置は必須となっている。しかし、現状では診療報酬点数が設定されていないため、必要人数の配置が人件費をカバー出来ないため、配置出来ない。今後、病院と病院、病院と福祉などがシステムで繋がっていく社会を見据えて、情報システム管理加算の新設を要望する。					

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
8	看護	新設		外来がん看護のチーム医療連携に関わる評価の新設	なし	外来がん看護のチーム医療連携に関わる評価の新設を要望する	外来多職種でケアの方向性を検討し個々のがん患者に応じた在宅療養支援が提供されている。外来におけるがんのチーム医療連携について評価の新設を要望する					
9	看護	新設	医学管理料 B001	心不全患者への療養指導に対する加算	なし	入院および外来通院中の心不全患者への療養指導をした際に診療報酬が算定できる	多職種による情報収集やカンファレンスを行い、心不全増悪予防のための療養指導を行っている。それにより再入院率の低下につながっている。					
10	薬剤	新設		外来薬剤管理指導料		外来薬剤管理指導料 1回300点/月	ハイリスク薬を使用している患者に対しては、入院・外来を問わず、薬物療法の安全管理が重要である。外来患者に薬剤師が指導した場合の評価がないため、新たな評価として要望する。					
11	放射線	新設		入院患者への病室における一般撮影の加算		10～20点程度	一般撮影室に移動が困難な入院患者について、診療放射線技師が病室まで装置を搬入し、撮影、画像処理、装置搬出を行っている。その労力と時間を評価していただきたい。					15～20分程度
12	放射線	新設		放射線管理体制維持加算	なし	放射線業務従事者の被ばく管理に対する加算	令和3年4月に「電離放射線障害防止規則」が改正・施行され放射線業務従事者の被ばく管理が厳格化された。被ばくの管理と被ばく低減のためにかかる費用（防護具の購入等）が継続的にかかるため、放射線管理体制維持加算などの診療報酬上の配慮を要望する。					
13	放射線	新設		健診マンモグラフィ施設認定加算	なし		NPO法人乳がん検診精度管理中央機構による施設認定を受けるにはかなりの時間と労力を要する。さらに、3年ごとの更新制があり、認定施設は検診精度を精中機構に保証されているため、受診者にとって正しい結果を得られるだけではなく、日本全体の乳がん死亡率を下げることに寄与する施設であるという評価を期待する。					
14	臨床工学	新設		植込み型不整脈治療機器使用患者の手術、検査等における設定変更管理加算	なし	医師の指示の元、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				

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
15	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150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。よって、実際に植込み型不整脈治療機器の管理をしている不整脈専門医ならびに臨床工学技士、看護師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。					
16	臨床工学	新設		救急・集中治療室等における血液透析	なし	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なので、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。					
17	臨床工学	新設		内視鏡手術支援機器管理料	なし	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。					
18	臨床工学	新設	J038注14として	バスキュラーアクセス管理加算		臨床工学技士により、バ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バスキュラーアクセスの管理は非常に重要であり、臨床工学技士による定量的な評価、経過管理が必要であり、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	診断群分類点数の改善	070560xx97xxxx	070560(重篤な臓器病変を伴う全身性自己免疫疾患)の血栓性血小板減少性紫斑病(ICD-10:M311)に対し血漿交換療法が行われた場合、「手術・処置等2(J039血漿交換療法)あり」の分岐となり、1日から17日まで1日あたり7,288点と血漿交換療法時に使用される新鮮凍結血漿を考慮された包括点数が設定されているが、手術や輸血等を行った場合、「手術あり」には手術・処置等2の分岐がないため、血漿交換療法時に大量に使用する新鮮凍結血漿が評価されず、大きくマイナスとなる。手術や輸血が行われた場合も「手術・処置等2(J039血漿交換療法)あり」の分岐を作って点数設定をするか、あるいは出来高となる診断群分類に入れることを要望する。
2	診断群分類樹形図	既存の樹形図改善: 手術・処置等1、2	030428xxxxxxxxx突発	突発性難聴の治療において、薬物療法での副腎皮質ステロイド薬と併せて高気圧酸素療法も治療法として選択されている。突発性難聴における高気圧酸素療法の適応症例においては少なくとも10回(1日1回)の治療が必要である。しかし、現行のDPC診断群分類上では選択分岐がなく、本治療を行った場合はDPC入院期間Ⅱ(5~8日)を超えてしまうケースが多く、また病院情報の公開データにおける令和2年度診断群分類毎の平均在院日数は8.81日であり、DPC入院期間Ⅲに入ることによって平均点数よりも低い請求点数となり、効率性係数にも影響が出ている。 全国DPCデータより突発性難聴における高気圧酸素療法の入院期間及び入院点数を調査のうえ、処置(高気圧酸素療法)ありの分岐の新設を要望する。
3	診断群分類樹形図	既存の樹形図改善: 手術	060030小腸の悪性腫瘍、腹膜の悪性腫瘍	十二指腸癌の治療として、十二指腸の占拠部位や進行度によっては臍頭十二指腸切除術を行う事がある。現在の樹形図「060030小腸の悪性腫瘍、腹膜の悪性腫瘍」では、臍頭十二指腸切除術の分岐がなく、適正な点数評価を受けられていない。そのため、「060030小腸の悪性腫瘍、腹膜の悪性腫瘍」の手術の分岐に、下記術式の設置を要望する K703\$ 臍頭部腫瘍切除術 K7031 臍頭部腫瘍切除術 臍頭十二指腸切除術の場合 K7032 臍頭部腫瘍切除術 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は臍頭十二指腸切除術の場合 K7033 臍頭部腫瘍切除術 周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合 K7034 臍頭部腫瘍切除術 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合 K703-21 腹腔鏡下臍頭部腫瘍切除術 臍頭十二指腸切除術の場合 K703-22 腹腔鏡下臍頭部腫瘍切除術 リンパ節・神経叢郭清を伴う腫瘍切除術の場合 K680 総胆管胃(腸)吻合術 K696 肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術
4	診断群分類樹形図	既存の樹形図改善: その他	080005黒色腫	皮膚の悪性黒色腫(C439)を詳細な病名でコーディングをした場合、080005黒色腫のDPC分類とならない場合がある。例えば陰のう悪性黒色腫(C632)でコーディングすると、110100精巣腫瘍のDPC分類となり、黒色腫の治療が行われているにもかかわらず精巣腫瘍での評価となるので適正ではない。悪性黒色腫は、部位にかかわらず080005黒色腫のDPC分類になるように要望する。
5	医療機関別係数等	激変緩和係数		現行係数が著しいプラス評価になった場合でも激変緩和係数が適用され、マイナス補正がされる。適正な医療の実施と適正な診療報酬の請求をしているのに減額されるのは経営改善意欲が減退されるため、プラス評価の場合、激変緩和係数の適用はしないよう要望する。