



福岡医発第 1408 号（地）

平成 25 年 9 月 3 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻一良

（公印省略）

日本医師会社会保険診療報酬検討委員会

「次期（平成 26 年度）診療報酬改定に対する要望書」の差し替えについて

平成 25 年 8 月 13 日付け福岡医発 1271 号（地）にてお送り致しました標記要望書につきまして、別紙の通り記載内容に訂正が行われた旨、日本医師会より通知が参りましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、修正後の「次期（平成 26 年度）診療報酬改定に対する要望書」をお送り致しますので、お差し替えくださいますようお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 蒲池 壽

平成25年8月28日

都道府県医師会
社会保険担当事務局 御中

日本医師会保険医療部医療保険課

『次期(平成26年度)診療報酬改定に対する要望書』の差し替えについて

今期の社会保険診療報酬検討委員会において、『次期(平成26年度)診療報酬改定に対する要望書』がとりまとめられ、本会執行部に提出されたことにつきましては、平成25年7月17日付け文書(保85)によりご連絡申し上げ、要望書の冊子版をご送付したところであります。

本要望書中、下記のとおり記載内容に一部訂正(太字・下線部分)がありましたのでご連絡申し上げますとともに、お送りいたします要望書と差し替えていただきますようよろしくお願いいたします。

なお、冊子版につきましては、再作成の予定はございませんのでご了承ください。

記

※「次期(平成26年度)診療報酬改定に対する要望項目」P.9～10

頁	要望項目	訂正箇所		
P.9 ～10	A108 有床診療所入院基本料	(1週間以内の期間の設定(復活)) ○平成22年度改定において1週間以内から2週間以内に期間の設定が変更され、《中略》、少なくとも平成22年以前の水準に復活することを要望する。 ・有床診療所入院基本料1 <u>イ 7日以内の期間</u> ・有床診療所入院基本料2 <u>イ 7日以内の期間</u> ・有床診療所入院基本料3 <u>イ 7日以内の期間</u>	771点 691点 511点	890点 810点 640点
P.10	A108 有床診療所入院基本料 A109 有床診療所療養病床入院基本料	(引き上げ) ◆《略》 ◆病院と同等の点数に引き上げを望む。《以下略》 ・有床診療所入院基本料1 ・有床診療所療養病床入院基本料A ○《略》	771点 986点 など	860点 1,075点 など

次期（平成26年度）診療報酬改定に対する要望書

平成25年6月

日本医師会

社会保険診療報酬検討委員会

平成25年6月25日

日本医師会長 横倉義武 殿

次期（平成26年度）診療報酬改定に対する要望

次期（平成26年度）診療報酬改定に向けて、社会保険診療報酬検討委員会において、各ブロック代表、病院団体、各種専門医会・学会等の代表委員から提出された要望事項を精査し、緊急に改定すべき事項等について慎重に検討を重ねた結果、このほど別添のとおり診療報酬改定の要望事項をとりまとめましたので、ここに提出いたします。

社会保険診療報酬検討委員会

委員長 安達秀樹

副委員長	井原裕宣
委員	相澤孝夫
委員	猪口雄二
委員	木下成三
委員	新藤健久
委員	橋口兼治
委員	藤岡一郎
委員	宮崎亮一
委員	山岸直矢

副委員長	藤野圭司
委員	飯星元博
委員	大平政樹
委員	木村泰三
委員	須藤英仁
委員	橋本洋一
委員	松本純一
委員	矢口均
委員	横山純好

小委員長	高井康之
委員	井田正博
委員	菅野隆
委員	佐藤和宏
委員	寺澤正壽
委員	蓮沼剛
委員	宮崎良春
委員	安田正

（副委員長・小委員長以下、五十音順）

診療報酬改定要望事項

昨年12月の総選挙において国民の期待に応えられなかった民主党から、3年ぶりに、自民党への政権交代が行われた。自民党安倍政権による「3本の矢」の1本目である金融緩和政策と「アベノミクス」への期待感により、円安、株価上昇がもたされ景気回復の機運が生じている。しかしながら、3本目の矢である「成長戦略」には医療などの大胆な規制緩和が盛り込まれる恐れがあり、不安を禁じえない。本年1月に3年半ぶりに再開された経済財政諮問会議の議論如何によっては、かつての「骨太の方針」のような社会保障費抑制策や市場経済原理主義的政策の再燃も危惧される。さらに、TPPへの交渉参加、医療ツーリズムの推進、総合特区での医療分野における規制緩和問題、混合診療の全面解禁など多くの問題が山積している。特に、TPPへの参加は、我が国の医療が営利産業化する危険があり、その結果、国民が受けられる医療に格差が生じ、国民皆保険制度の崩壊につながりかねない。

昨年8月には、公助・共助より自助に力点を置いた社会保障制度改革推進法並びに消費税改正関連法が3党合意のもとに成立した。現在、社会保障制度改革国民会議において将来の社会保障制度のあり方が協議されているが、これまでの「いつでも、どこでも、だれでも」という皆保険制度の理念が、「適切な医療を適切な場所で最小の費用で」という表現で、健康保険の適用範囲の縮小にまで踏み込んだ方向性が示された。こうしたことなどからは国がどこまで国民皆保険制度を守るつもりがあるのか極めて

疑わしいと言わざるを得ない。

遡って昨年4月の診療報酬・介護報酬同時改定では、診療報酬部分ではネットでの改定率が0.004%と、わずかであるがプラス改定となった。しかし、財源の多くが大規模急性期病院に重点配分され、地域医療を支えている診療所や中小病院の医療崩壊を阻止するには至っていない。次回改定では診療所や中小病院にも適切に財源配分すべきである。

このような情勢の中、我が国では急速に高齢化社会が進行し多死社会を迎えようとしている。厚生労働省が「地域包括ケアシステム」の構築を推進しているが、高齢者が安心して生活するためには、かかりつけ医の役割は重要で、その評価体系は十分議論すべきである。ただし、総合医を利用した人頭割や外来医療の包括化は、高齢者に必要な医療を可及的迅速に提供し続けるためには、絶対に避けるべきである。

今こそ真に国民に安心を与える公的医療制度の充実が求められおり、その実現のため必要な診療報酬制度を構築するため、以下の項目を要望するものである。

最重点要望項目

【全体】

- 施設基準の要件緩和と簡素化

【基本診療料】

- 初診料、再診料の適切な評価（引き上げ/復点）
- 外来管理加算の算定要件の是正
- 入院基本料の適切な評価と要件（加算も含む）の緩和
 - ・ 多職種協働によるチーム医療を踏まえた評価及び看護配置基準（72 時間ルールを含む）の弾力的な運用
 - ・ 有床診療所入院基本料の引き上げ
- 入院中の患者の他医療機関受診時の要件及び減算の見直し（廃止）
- 入院基本料の算定要件（栄養管理体制、褥瘡対策の基準）について、有床診療所・小規模病院をはじめ、地域特性にも配慮した早急な見直し
- 救急医療管理加算の算定要件の見直し
- 医師事務作業補助体制加算の算定対象病床の拡大

【特掲診療料】

- 特定疾患療養管理料の点数、算定要件の見直しと対象疾患の拡大
- 小児科外来診療料の評価引き上げと要件の緩和
- 地域連携の取組みに対する更なる評価
 - ・ 精神疾患患者に対する地域連携パスを活用した取組みを評価すること
- 外来リハビリテーション診療料の算定期間の延長と算定要件の緩和
- 在宅患者訪問診療料の算定要件の見直し（複数の医療機関での算定を認めること）
- 在宅医療に対する適切な評価（強化型在支診と従来型在支診または一般診療所との格差を是正すること）
- 院内調剤と院外調剤の格差是正（院内処方の一包化加算の新設も含む）
- 7種類以上の内服薬投与時の処方料、薬剤料、処方せん料の減算の廃止
- 医師の技術料としての評価が低すぎる検査料及び処置料の見直し
- リハビリテーションにおける算定要件の緩和と一物二価の解消

「次期（平成26年度）診療報酬改定に対する要望項目」

1.総論.....	1
2.基本診療料（初診料・再診料・外来診療料）	3
3.基本診療料（入院料）	6
4.医学管理等	15
5.在宅医療	22
6.検査.....	25
7.画像診断	30
8.投薬	32
9.注射	34
10.リハビリテーション	35
11.精神科専門療法.....	38
12.処置	41
13.手術	45
14.麻酔	49
15.病理診断	49
16.その他	50

※ 要望項目の具体的内容の先頭に“◆”が付されている事項は、「重点要望項目」を示すものである。

1.総論

要望項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
総論	(大病院への医療資源集中の見直しと点数簡素化) ○ここ数回の診療報酬は大病院へのシフトが鮮明であった。医療費収入の伸びは大病院において際立っている。地域の診療所への適正な評価なくして、地域医療の再生はない。診療報酬体系全般の見直しと簡素化を求めたい。 (施設基準の簡素化) ◆施設基準(管理料届出含む)の届出が必要な項目が300を数えている。診療報酬はできるだけ簡素化を希望する。医療機関や保険者の要望に逆行してどんどん複雑になっており、次回からは簡素化を図って欲しい。 (要件見直し) ○すべての管理料、加算点数に共通するが、算定要件、施設基準の運用が厳しすぎる。例えば、在宅患者訪問診療料においては、計画の説明・カルテへの記載が求められているが、こうした要件は基本点数に加算、もしくは減算する形で評価すべきである。要件が一つでも欠ければ、在宅患者訪問診療料そのものが算定できなくなるのは極めて不合理である。 (医療保険と介護保険に関する是正) ○特別養護老人ホームの医療提供に係る費用を特定施設と同様の算定に変更。 ○老人保健施設の包括外報酬算定項目の拡大。		

	○老人保健施設では抗がん剤の請求が認められているが、なぜかリユープリンは認められていない。リユープリンは外来化学療法加算が認められているのに、なぜ請求ができないのか理解し難い。一時退所し、外来または入院で使用すれば、遙かに高額となる。 インフルエンザ流行時、タミフル等抗インフルエンザ剤の処方料も老人保健施設等では請求不可。ましてや、高齢のため予防投与が必要な場合でも認められない。施設内で蔓延し、手遅れとなる原因となる。さらに、リハビリも介護と医療の分類が難しく、請求過誤が起こりやすい。		
特定内科診療	(内科系技術評価の確立 (新設)) ◆入院診療において内科系疾患・病態で治上、最も労力を必要とする 26 種類 (表 1 : ただし、重傷度については人工呼吸器使用など別に定義している。) の急性疾患・病態の診療を現行報酬体系に位置づける。 ・重症脳卒中 (NIHSS15 点以上) ・化膿性髄膜炎 (肺炎球菌髄膜炎) ・重症性筋無力症クリーゼ ・てんかん重積状態・精神運動発作重積症 ・気管支喘息性増悪 (高度～重篤発作) ・間質性肺炎 (急性増悪) ・急性呼吸窮迫症候群 (ARDS) ・急性心筋梗塞 ・急性心不全 ・解離性大動脈瘤 (StanfordBDeStanfordⅢ型) ・肺塞栓症 ・劇症肝炎 ・重症急性膵炎 ・糖尿病ケトアシドーシス ・甲状腺クリーゼ ・副腎クリーゼ ・難治性ネフローゼ症候群 ・急速進行性糸球体腎炎 ・急性白血病・急性リンパ性白血病・急性骨髄性白血病 ・悪性リンパ腫 ・再生不良性貧血 ・脳脊椎の感染を伴う炎症急性脳炎・急性脳炎 ・頸椎頸髄損傷 ・敗血症性ショック		

2.基本診療料（初診料・再診料・外来診療料）

要望項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
初・再診料	（引き上げ/復点） ◆初診料 270 点、再診料 69 点は元々低すぎる。特に再診料は最低でも以前と同じ 2 点アップすべきである。 ◆診療所の主たる財源である再診料が明確な理由なく 2 点引き下げられ、平成 24 年度改定でも同様に 69 点のままである。地域医療を支える診療所の体力は限界に来ており、再診料を少なくともまず元の 71 点に戻すべきである。 初・再診料等の「基本診療料」は医師の技術料の最も基本部分であり、経営の原資となるものである。特に、再診料は長期投与の増加とともに減少傾向にある。医療機関の健全な経営のために、医師の技術を適正に評価し、職員等の人件費や施設費等のコストに見合った点数の設定を要望する。 ○第一線で患者に対処する診療所、中小病院の役割について再評価が必要である。消費税の対策が不明確な現在（恐らく平成 26 年度改定時 8 %に引き上げられた時点では医療に係る消費税は据え置きの可能性はある）、収益を安定化するために診療所や中小病院の基本診療料（初診料・再診料）を上げるべきである。	69 点	71 点
	（同一日複数科受診時の点数引き上げ） ○それぞれの診療科において初・再診料、外来診療料を算定可能とすること（それぞれの担当科医師の基本的な技術料を適正に評価すべき）。 ○同一日 2 科目受診の再診料及び外来診療料の適正な評価を要望する。	34 点	68 点

A000 初診料	(引き上げ/復点) ○初診料は、病院では平成 18 年から据え置き、診療所では平成 8 年度と同一である。医療の高度化、患者権利意識の高まり、明細書発行など手間の増大を考えると医療機関の負担は上昇の一途である。さらに消費税のアップが予定される（控除対象外消費税対策は手つかず）など、大幅な引き上げが必要である。		
A001 再診料	(引き上げ/復点) ◆平成 24 年度改定でエビデンスなく引き下げられた。特に診療所にとって重要な収入源である再診料は、元に戻すべきである。 ◆再診料には、医師の無形の技術料、医療機関そのものの維持費など、医療を遂行する上で様々なコストが含まれており、これが何ら合理的理由無く引き下げられたことは到底容認できない。少なくとも以前の 71 点以上に引き上げるべきである。 ◆本来の再診に対する評価に戻す（現行再診料 69 点＋時間外対応加算 3 点＋明細書発行体制加算 1 点＋引き上げ 2 点） ◆平成 22 年度改定において 71 点から 69 点に引き下げられたが、改定前の点数に戻す。殆どの医療機関で、地域貢献、時間外対応を行っている現状を鑑み、時間外対応加算を廃止し、時間外対応加算 2 を再診料に加点する（時間外対応をしているにもかかわらず届出をしていない医療機関が相当数ある）。 ◆2 つに分離しておくのは無意味。以前のように 1 本にするべきである。 ◆技術料として安すぎる。時間により段階的に評価してはどうか。 ○地域医療のかかりつけ医機能を果たしている多くの診療所の再診料が引き下げられたままであり、再診料の回復を要望する。	69 点 69 点 69 点 69 点 69 点 69 点	71 点 71 点以上 75 点 75 点 150 点 75 点

A001 再診料 時間外対応加算	(名称変更) ○時間外対応加算の名称変更(時間外対応体制加算)。 (引き上げ) ○時間外対応加算1の引き上げ。 (簡素化) ○時間外対応加算が3つに分かれており、患者様の対応、説明に苦慮する。簡素化を要望する。		
A001 再診料 外来管理加算	(算定要件の是正) ◆処置をしても要件を満たしていれば外来管理加算を算定できるようにする。 ○リハビリ、処置を行った場合、たとえ診察投薬や計画的医学管理を行っても算定できない。明らかに不合理である。外来管理加算の算定要件を緩和する、もしくは外来管理加算を廃止の上、再診料に含める等、大幅な見直しが必要である。 ○簡単な症状の確認のみを行って投薬した場合や看護の当たっている者から症状を聞いて投薬した場合は算定できないとされ、医師の管理責任は変わらないにもかかわらず、医療費が安くなるため、患者のこうした受診行動を助長するインセンティブになる。この要件は撤廃すべきである。		
[新設]	(救急搬送乳幼児診療加算の新設) ○救急車で搬送されてきた乳幼児を診察した場合に算定できる。		300 点

3.基本診療料（入院料）

要望項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
入院基本料	（引き上げ） ◆一般病棟入院基本料から特別入院基本料へ減算される時の減算幅の緩和。 ○点数の引き上げ。入院基本料が全体に低すぎる。特に特別入院基本料や有床診療所入院基本料は訪問診療料より低い点数というのは合点がいかない。		
入院中の患者の 他医療機関受診	（減算の見直し） ◆専門治療を受ける（標榜していない科目）場合には入院基本料算定減額の見直しを要望する。別の診療科の急性期病院入院中の患者に対する慢性疾患に対する診療所での継続処方等で混乱がある。 ◆一般病棟入院基本料（30%減からゼロ）、特定入院料（70%減からゼロ）の見直しが必要。 ◆平成 24 年度改定により透析、PET 等の一部の検査については緩和されたが、抜本的改革には程遠い。入院料の減算並びに他医療機関での専門的な医療を制限することのないように、入院中の患者の他医療機関受診時の入院基本料減算の廃止を要望する。 ◆有床診療所は単科が多く、必要に応じて他医療機関の受診はどうしても必要となる。この制限により大きな減収を覚悟で入院医療を行わなければならない。また、地域における医療連携を著しく阻害するものである。他医療機関受診時の一般病床の 30%減算、療養病床の 70%減算を撤廃して頂きたい。		

◆平成 24 年度診療報酬改定において、透析又は共同利用が進められている検査等での他科受診時の入院控除点数の減額がなされたが、そもそもこの控除は「入院中の患者が他医療機関を受診している間は、当該患者に係る医学管理等を行っていない」（平成 22 年 6 月 29 日閣参質 174 第 114 号答弁書より）という不適切な解釈から始まっている。

精神科入院患者の身体合併症においては、転医や対診が困難であるため、専門的な診療が必要な場合は、他科受診せざるを得ない状況である。よって、この不合理な控除が減額に留まり是正されていない本改定は、問題の積み残しと考える。療養担当規則第 16 条には、疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の保険医療機関へ転医又は対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない、とあり保険医に認められた当然の業務に対してペナルティを設けることは療養担当規則の趣旨に反するものであり、少なくとも平成 22 年改定前の内容に戻すべきである。今後も仮に、入院料の控除が続くのであれば、癌、骨折、脳卒中、眼科疾患等、専門的な他科診療における控除減額の対象疾患の拡大を求める。

○保険者のみ知り得る場合も多く、入院中の患者本人が来院し、入院している事を申告しなければ、全く対応することができない。また、DPC 病院とは合議となっているが、合議に応じてもらえず泣き寝入りとなってしまうことも少なくない。抜本的な改革が必要である。さらに、一般病棟と療養病棟の減算割合の是正、また、入院中の医療機関が了承し、他医療機関を受診する場合は専門外のことが多いので、他医療機関受診時の処方日数の縛りの廃止が必要である。他医療機関受診の際は、食事の確認、紹介状の作成、受診の調整等、かえって仕事が増加する。減算は中止し、もっと分かり易くすべきである。改善案として、自院で対応できない診療科については減算なし。ただし、診療情報を義務化する。投薬については、投薬日数分の請求を認める。

看護配置基準等

(見直し)

◆多職種チーム医療の重要性が増す現在、平均在院日数と看護職員配置による病棟機能分化や診療報酬評価が圧倒的な現状は不合理である。看護職員以外のコメディカル・スタッフも交えた病棟人員配置とすべきである。

	◆現在の入院基本料の施設基準は、看護職員の配置数のみで決定されている。その上、何の根拠も無い夜勤 72 時間以内の規定が盛り込まれている。このことで病棟の状況に即した看護師の働きやすい勤務体制の設定ができない。患者・看護師にとって好ましくない状況をつくり出している現状を鑑み、基準の緩和をご配慮いただきたい。また患者への手厚い看護として、看護職員数が寄与する面は大きいと考えるが、病院医療はチームで行う組織医療であり、その点に配慮した基本料の設定をお願いしたい。 ○入院基本料の看護配置については、病院ごとではなく病棟単位で設定できるようにするとともに、看護師の定義を正看護師・准看護師とするなど弾力的に運用すべき。		
金曜入院・月曜退院	(減算の見直し) ○救急医療を守るためにも「入院日及び退院日が特定の日に集中している場合の入院基本料の算定」の金曜日入院から救急入院を除くに改める。		
精神科特定入院料	(精神科の特定入院料の包括からの除外) ○他科に比して過剰な精神科の特定入院料の包括範囲を見直して、以下の新規医療技術について包括外とすることを要望する(第 1 部医学管理料等における「薬剤管理指導料」「入院栄養食事指導料」、第 4 部「画像診断」、第 5 部「投薬(薬剤料)」、第 7 部「リハビリテーション」)。 昭和 63 年度に創設された「老人性痴呆疾患治療病棟」を始めとして、精神科特定入院料は拡充と機能分化を遂げ、救急・急性期治療、社会復帰訓練を含むリハビリテーション、身体合併症を持つ精神障害者のための長期療養、鑑別診断や PTSD 治療に重点を置いた認知症治療等、多岐な機能を担うに至っている。一方、特定入院料創設当時には想定されていなかった新規の医療技術や非定型抗精神病薬主体の薬物療法が導入され、治療成績の向上が見られるにもかかわらず、特定入院料算定病棟においては、これら医療技術の進歩に基づく医療提供に見合う評価がなされていない。包括点数の範囲を見直して、新規医療技術の提供に対する正当な評価を行うことによって、特定入院料算定病棟における一層の普及が図られ、良質な医療の提供、ひいては患者の社会復帰が促進されるのであり、高額な薬剤料を含めた上記 5 項目については特定入院料から除外して算定できるよう要望する。		

褥瘡対策・ 栄養管理体制	(褥瘡対策・栄養管理体制の見直し(有床診療所、専門病院等)) ◆医学的に管理栄養士による指導を要しない専門医療機関等も存在するため、管理栄養士の絶対的な配置要件を廃止する。褥創対策要件も同じである。今回包括化されたこれらの要件を廃止し、医学的な必要性に応じて選択性等への見直しを行うべきである。 ○入院基本料の中に栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算が包括されたため、すべての入院基本料算定医療機関が拘束されてしまった。有床診療所や専門性のある病院では必要性のない科もあり、平成22年度までの加算体制へ戻すべきである。 (栄養管理体制の要件見直し(有床診療所)) ◆管理栄養士の配置要件を撤廃し、加算点数とする。管理栄養士を配置済みの医療機関は22.7%しかなく、50%の医療機関では配置の目途が立っていない。小児科、眼科、整形外科、外科などは特に目途が立っていない診療所が多い。また告示第99号 入院時食事療養(Ⅰ)、(Ⅱ)及び入院時生活療養費(Ⅰ)、(Ⅱ)における管理栄養士の規定と入院基本料の告示(通則)、事務連絡とは矛盾する。 ◆有床診療所での管理栄養士の配置は問題である。郡部・離島では困難であり、条件緩和を求める。 ◆地方での管理栄養士の確保は困難であり、多くの診療所では確保の見通しも立っていない。また、栄養指導や特別な献立計画が必要ない診療科もあるため、管理栄養士の配置義務の撤廃を強く要望する。 ○管理栄養士の雇用が義務付けられたが、眼科有床診療所では短期間の入院が多く、必ずしも管理栄養士による栄養管理は必要ない。したがって、この要件を撤廃していただきたい。		
A108 有床診療所入院 基本料	(1週間以内の期間の設定(復活)) ○平成22年度改定において1週間以内から2週間以内に期間の設定が変更され、1週間以内の入院では実質的に減額された。眼科各学会を挙げての努力により治療技術が著しく向上した結果、入院期間が年々短縮され、眼科では7日以内の短期入院がほとんどを占めるようになった。眼科の有床診療所の存続のためにはさらなる増点が必要であり、少なくとも平成22年以前の水準に復活することを要望する。		

		・有床診療所入院基本料 1 イ 7日以内の期間 ・有床診療所入院基本料 2 イ 7日以内の期間 ・有床診療所入院基本料 3 イ 7日以内の期間	771 点 691 点 511 点	890 点 810 点 640 点
A108 有床診療所入院 基本料 医師配置加算	(引き上げ) ○地域医療に密着した有床診療所の医師の評価をして頂きたい。	・イ 医師配置加算 1 ・ロ 医師配置加算 2	88 点 60 点	150 点 100 点
A108 有床診療所入院 基本料 看護配置加算	(引き上げ) ○看護師の配置充実による医療安全の確保の為に、点数引き上げが必要であり、看護師の待遇改善につながる。	・イ 看護配置加算 1 ・ロ 看護配置加算 2	25 点 10 点	45 点 20 点
A108 有床診療所入院 基本料 夜間看護配置加算	(引き上げ) ○看護師の配置充実による医療安全の確保の為に、点数引き上げが必要であり、看護師の待遇改善につながる。	・ハ 夜間看護配置加算 1 ・ニ 夜間看護配置加算 2	80 点 30 点	100 点 50 点
A108 有床診療所入院 基本料 A109 有床診療所 療養病床入院基 本料	(引き上げ) ◆高齢者社会において地域医療に大きな貢献をしている有床診療所の役割等について適正な評価を行い、有床診療所が存立維持できるような入院基本料の引き上げを要望する。 ◆病院と同等の点数に引き上げを望む。右記点数に準じ、入院基本料 2、3、B、C、D、E も同様に引き上げを望む。 ○入院機能を持つ診療所の減少に伴い、地方では患者の重要な受入先となっているため、入院機能のある診療所に対し、入院点数全ての評価を要望。	・有床診療所入院基本料 1 ・有床診療所療養病床入院基本料 A	771 点 986 点 など	860 点 1,075 点 など

A205 救急医療管理加算	(要件の明確化) ◆救急医療管理加算の要件の1つに、「コ その他「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態」とあるが、基準が明確ではないため、救急医療管理加算の算定患者の要件をア～ケまでとする。(「コ」に該当する患者等の受け入れについては、別加算(緊急患者受入体制加算)を新設する。) (要件見直し) ○救急医療管理加算は生命を脅かす状態、あるいは緊急手術を要する状態、それに準ずるとなっているが、手術を要しなくてもまた生命を脅かすほどではなくても強い疼痛や、骨折後浮腫による神経、循環障害防止のため、緊急入院を要するケースもある。算定要件の拡大を要望する。		
緊急患者受入体制加算	(新設) ◆現行の救急医療管理加算の要件の1つである、「コ その他「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態」に該当する患者も含め、緊急の入院患者を受け入れる体制を評価した加算の新設を望む。		
A207 診療録管理体制加算	(引き上げ) ○現行の施設基準では1名以上の専任の診療記録管理者の配置が課せられている。個人情報保護法が施行され、カルテや診療記録の情報管理が重要視されている。病院だけではなく診療所においても診療記録管理者の配置は今後、重要視されてくると思われるが、現行の30点加算では積極的に配置することは難しいため、「加算日数の増(7日に1回若しくは10日に1回など)」若しくは「増点」を要望したい。		
A207-2 医師事務作業補助体制加算	(引き上げ) ○更なる条件緩和と評価引き上げ ○医師事務作業補助者の配置に伴う人件費とそれに対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、点数の引き上げを要望する。 (要件見直し) ○療養病床・精神病床等に拡大		

A226-2 緩和ケア診療加算	(要件見直し) ○精神医療に従事した経験のある常勤医師が必要となっているが、精神科の医師で癌の緩和ケアを専門としている医師が何人いるか。それよりは、外科、腫瘍内科等の専門医と、非常勤の精神科医師のチームを認めるべきと考える。		
A230-3 精神科身体合併症管理加算	(要件見直し) ○「精神疾患、身体疾患の双方について治療を行った場合の評価」である精神科身体合併症管理加算について、「当該疾患の治療開始日から7日間に限り算定できるものであり」また「同一月に複数の身体疾患を発症した場合でも、当該加算を同一月に算定できる期間は14日間までとする」とあり、合併症の重症度に比して算定できる期間が短く制限されている。精神疾患への偏見や総合病院内の身体合併症病棟閉鎖のために精神疾患をもつ患者の身体合併症治療のための転院が困難な現状においては、当該精神科病棟で身体合併症治療が完結できるよう、当該加算の期間設定の緩和がなされるよう要望する。又、精神療養病棟においても同加算の算定ができるよう、また算定対象疾患が広がるように要望する。	450 点	
A233-2 栄養サポートチーム加算	(要件見直し) ○1,000 床の病院と 100 床の病院では、明らかに対象患者の数が異なる。大病院しか算定できない基準としか思えない。専従、専任の見直しを強く求めたい。		
A300 救命救急入院料	(要件見直し) ◆救命救急入院料の算定要件として「アからコまでの状態にあつて医師が救命救急入院が必要であると認めた者」との基準があるが、これには該当しない重篤な患者が多いため、算定可能な疾患、重症度の拡大を図っていただきたい。また、特定集中治療室管理料の施設基準として、医師及び看護師のみの配置となっているが、リハセラピスト、ME 課、薬剤師の配置等より質の高い医療を提供することに評価がなされるよう配慮いただきたい。		

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	(要件見直し/引き上げ) ○算定要件として「脳梗塞、脳出血、又はくも膜下出血の患者」とあるが、外傷性の出血に対しては算定の除外となっている。外傷性は非外傷性と同様、若しくはそれ以上に専門的治療が必要なケースもあり、当該管理料に外傷性の疾患も適応としていただけるよう配慮いただきたい。また、施設基準として「当該治療室において、常勤の理学療法士又は作業療法士が1名以上配置されていること」との要件があるが、早期に理学療法士、作業療法士の介入が不可欠であり、リハセラピストの配置数に応じた点数の段階的引き上げが妥当と考える。		
A307 小児入院医療管理料 [加算の新設]	(小児入院医療管理料4および5について地域振興加算の新設) ○過疎地域の地域振興小児科において、それが含まれる小児医療圏あるいは隣接する小児医療圏内の中核病院小児科あるいは地域小児科センターと連携し、互いの人事交流を行うことにより、その地域の小児の保健・医療・福祉を支える取り組みを行った場合に加算の算定を行えるよう要望する。 ・小児入院医療管理料4の地域振興加算 ・小児入院医療管理料5の地域振興加算		600 点 900 点
A308-2 亜急性期入院医療管理料	(算定期間の延長) ○2か月から3か月へ延長する。		
[新設]	(有床診療所回復期リハビリテーション加算の新設) ○病院の回復期リハビリテーション提供体制が不十分であり、患者、家族にとって身近な有床診療所でリハビリを続けられる体制を創設することが急務である。患者単位のリハビリテーションに対する加算を要望する。 (感染対策費用の加算の新設) ◆感染対策費用の加算を新設する。	- -	50 点加算/ 日 100 点/日

(精神科病棟感染制御管理料の新設)	-	5 点
○精神科病院では施設構造上、閉鎖的環境が多いために飛沫・空気感染が蔓延しやすく、また、接触・交差感染の温床となる施錠されたドアが数多く存在するなど特殊な環境にある。また、入院患者が感染症に罹患した場合には精神状態や自己衛生管理の問題から感染対策への協力が得られにくいことがあり、他の患者や職員への感染暴露のリスクが高いなどの特徴がある。そのため、院内蔓延を防ぐためには、精神科の特性を考慮した感染制御法が求められる。今回、感染防止対策加算を新設したことは前向きに評価するが、これらの精神科の特性への配慮がないために算定できる点数が低く、とても感染対策を講じる労力と設備投資に見合うものではない。精神科の特性に配慮した感染防止対策加算を設定すべきである。		
(有床診療所看護補助加算の新設)	-	
○看護職員の確保が困難な状況が続いている。看護補助者を相当数配置している病院と同様、看護補助加算の創設を要望する。		
(認知症患者の一般病棟入院時の入院料加算の新設)	-	500 点/日/ 人
○高齢者の入院では、それまで認知症を認めていなかった患者でもせん妄状態に陥ることが少なくない。そのような場合、夜間は少ない人数の中、実際は1人の看護師が付きっきりで対応せざるを得ない厳しい状況となる。人員増を計るため、加算が必要と考える。		

4.医学管理等

要望項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
B000 特定疾患療養管理料	(点数の見直し) ◆痛風、リウマチ、腎不全、食物アレルギー、アトピー性皮膚炎、発達障害、認知症、慢性腎炎、突発性難聴等、長期投薬が定着傾向であるから、月2回を1回として点数を上げる。病院での算定点数の引き上げ。 ◆患者の通院形態の変化に伴い、長期処方が増加している。数ヶ月に1回の通院例もあり、内科系診療所の経営基盤を揺るがしている。特定疾患治療管理料の多くが月1回の算定であるように、特定疾患療養管理料も長期処方の場合は月1回450点の算定を可能とすべきである。 ◆投薬期間が2週間しばりの名残であり、処方期間の制限が撤廃された現在では、他の指導管理料と一緒に450点×1回とすべきである。 ◆月1回の算定とし、点数を2倍とする。または、「1回目:350点」、「2回目:100点」等傾斜配分とする。 (対象疾患の拡大) ○本管理料は内科系の技術料として設定されてきたが、医療技術の進歩とともに、対象とすべき長期管理を要する慢性疾患も時代によって変化してきているので、対象疾患の見直しを要望する。具体的には、慢性腎不全、認知症、膠原病・関節リウマチ、骨粗鬆症、痛風、逆流性食道炎、緑内障、子宮内膜症、前立腺肥大症、慢性前立腺炎等の追加を要望する。 ○子宮内膜症、排卵障害・月経異常（卵巣機能不全・不妊症）、更年期障害などは他の疾患より時間をかけての説明が必要不可欠。適切に管理することで医療費の縮小にも貢献できる。 ・妊娠貧血、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病等の管理は母体だけでなく胎児の予後にも大きく影響するので十分な指導・治療計画が必要である。 ・人間の情報の8割は眼からのものであり、眼の大切なことは言うまでもない。近年我が国では緑内障が増え続	225点 (月2回)	450点 (月1回)

	けている。中途視覚障害を減らすには、原因の最多なものである緑内障の徹底した指導が必要であり、その管理料を充実させることは、QOLの改善にもつながる。 (算定要件の見直し) ○疾病構造の複雑化、診診連携の流れなどを鑑み、管理料の算定をそれぞれの医療機関に認めること。 ○特定疾患療養管理料は、退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った管理の費用は入院基本料に含まれるとされているが、入院し医療機関と異なる医療機関については、退院後1月以内でも算定可とする。短期入院等に関して患者の入退院情報がない場合もある。		
B001 特定疾患 治療管理料 9 外来栄養食事 指導料 10 入院栄養食 事指導料	(引き上げ) ○点数の引き上げ。		
B001 特定疾患 治療管理料 16 喘息治療管 理料	(引き上げ) ◆喘息治療管理料について、ピークフローメーターを含む点数としては安すぎる。(特に「口2月目以降25点」)		
B001 特定疾患 治療管理料 [新設]	(中等度難聴指導管理料の新設) ◆中等度難聴者は日常生活に不便をきたし、補聴器装用の適応になる患者も多い。高度難聴者と同様に社会的な支援が必要であり、そのためには難聴患者の聴覚管理、生活指導などを継続的かつ恒常的に行うことが必要である。 (慢性めまい指導管理料の新設) ○対象疾患は迷路性めまいである。めまいを繰り返し、難治性となるものも多く、患者の身体的・精神的負担を軽減するために計画的な治療管理が必要となる。	- -	250 点 250 点

(小児アレルギー疾患療養指導管理料の新設)	◆小児アレルギー疾患に対しては、きめ細かな療養指導が必要である。20 歳未満のアトピー性皮膚炎、食物アレルギーの患者に対して療養指導した時に月 2 回に限り算定できよう要望する。	-	250 点/回
(学校感染症管理指導料の新設)	○学校（保育所）感染症では学校（保育所）内感染を予防するために緻密な管理指導を必要とする。これらの指導を行った時に算定できるよう新設を要望する。また学校関係の文書や相談、技術指導等については、現在点数設定はされていない。しかし、病状の変化や年度が替わるごとに、学校側から面談や文書作成を求められている。面談や文書作成にはかなりの時間を要するため、それぞれ要件別に管理指導料の新設を要望する。心臓病、腎臓病、アレルギー疾患、神経・筋疾患等が対象。	-	150 点 (証明書 料、登校・ 登園許可 証料を含む)
(特定薬剤治療管理料 2 の新設)	◆ワーファリン使用患者に PT を測定しつつ適量を定めているので、薬剤の血中濃度を測定しているわけではないが、PT の検査料と判断料とは別に特定薬剤治療管理料「2」を新設していただきたい。	-	
(妊婦管理加算の新設)	○妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病等の管理は、将来の高血圧症や糖尿病の予備軍として学会では広く認められている。これらの病態は、母親ばかりでなく胎児または出産後の新生児にも大きく影響及ぼすものである。既に、高血圧症、糖尿病には管理料が存在するにもかかわらず、その予備軍となり得る疾患に対して管理料が設定されないのは不合理であり新設を要望する。	-	
(不育症・習慣流産の指導管理料の新設)	○不育症・習慣流産は、その原因が一部解明されてきたとはいえ、まだまだ原因が明確になっていない現状がある。患者やその家族の精神的ストレスは高く、緩和するためには多くの時間を必要とする。また、治療法選択に当たっては医療従事者側も十分な説明を行っているのが現状である。治療方法選択時・変更時に指導料新設を要望する。	-	

B001-2 小児科外来診療 料	(引き上げ) ◆近年外来診療において、外来迅速検査の普及や技術の進歩により新しい検査が導入され、現行外来包括点数では賄いきれず、必要な医療行為が行えなくなっている。 <table data-bbox="1093 379 2033 550"> <tr> <td data-bbox="1093 379 1579 422">・ 1 保険薬局において調剤を受ける</td><td data-bbox="1624 379 1736 406">イ 初診</td><td data-bbox="1803 379 1892 406">560 点</td><td data-bbox="1948 379 2033 406">650 点</td></tr> <tr> <td data-bbox="1220 427 1579 454">ために処方せんを交付する場合</td><td data-bbox="1624 427 1736 454">ロ 再診</td><td data-bbox="1803 427 1892 454">380 点</td><td data-bbox="1948 427 2033 454">420 点</td></tr> <tr> <td data-bbox="1093 475 1310 502">・ 2 1 以外の場合</td><td data-bbox="1624 475 1736 502">イ 初診</td><td data-bbox="1803 475 1892 502">670 点</td><td data-bbox="1948 475 2033 502">760 点</td></tr> <tr> <td></td><td data-bbox="1624 518 1736 545">ロ 再診</td><td data-bbox="1803 518 1892 545">490 点</td><td data-bbox="1948 518 2033 545">530 点</td></tr> </table> (要件見直し) ○算定除外規定の緩和及び6歳未満への対象年齢拡大 ◆診療情報提供料（Ⅰ）、同日再診の包括からの除外 医療機関間の役割分担・有機的連携を明確化し、機能的に運用するためには診療情報提供は、通常の診療とは別個の独立した診療行為とみなすべきで、診療情報提供料（Ⅰ）は、（Ⅱ）と同様に包括除外項目に加えることを要望する。また同一日再診は乳幼児では多くの場合、病状の増悪を伴い新たな処置や病院への転送などが必要なことから、小児科外来診療料の包括除外項目とすることを要望する。 (特例の見直し) ◆小児科外来診療料の休日・時間外加算等の算定する場合の減点特例についての見直し 小児科外来診療料においては休日・時間外加算等の算定する場合、出来高算定における乳幼児の時間外加算よりも低い点数設定となっている。出来高と同じとなるよう要望する。	・ 1 保険薬局において調剤を受ける	イ 初診	560 点	650 点	ために処方せんを交付する場合	ロ 再診	380 点	420 点	・ 2 1 以外の場合	イ 初診	670 点	760 点		ロ 再診	490 点	530 点		
・ 1 保険薬局において調剤を受ける	イ 初診	560 点	650 点																
ために処方せんを交付する場合	ロ 再診	380 点	420 点																
・ 2 1 以外の場合	イ 初診	670 点	760 点																
	ロ 再診	490 点	530 点																

	(包括の撤廃あるいは引き上げ) ○日常小児診療において、小児科外来診療料の包括となっている高額な検査および薬剤を必要とすることが多くなり、現在の点数では赤字となることがしばしばである。次のような高額な検査や薬剤は、包括から除外し出来高で算定可能とするか、これに見合う小児科外来診療料の引き上げを要望する。 (検査) インフルエンザ、RS ウイルス、アデノ、ロタウイルス、ノロウイルス等の迅速診断検査並びに IgE (RAST) 等のアレルギー検査 (薬剤) シナジス等		
B001-2-3 乳幼児育児栄養 指導料	(引き上げ/要件見直し) ◆3歳以上の児においても育児、発達、栄養等の指導は大変重要であり特別の配慮を要する。よって、現在3歳未満で認められている本指導料を3歳未満⇒6歳未満までに拡充するとともに増点を要望する。	130 点	250 点
B001-2-6 夜間休日救急搬 送医学管理料	(要件見直し) ○救急車で搬送された患者は、Walk-In 患者に比べ、非常に多くの職員の労力が必要になります。さらに Walk-In 患者よりも優先的に診療しているのにも関わらず、逆に Walk-In 患者の方がトリアージを受ける分、院内トリアージ実施料分だけ自己負担額が高くなってしまいます。現状の夜間休日救急搬送医学管理料を全ての病院で、全時間帯に搬送された全ての患者に算定できるよう要件の緩和を希望致します。		
B009 診療情報提供料 (Ⅰ)	(新設) ○現在、紹介患者に対する単なる返信あるいは病状の照会では算定できない。紹介を受けた側から紹介元へ詳細な情報提供 (返信) した場合の医療機関間の連携を評価する新たな点数の設定が必要である。	-	100 点
[新設]	(診療情報提供料 (Ⅲ) の新設) ○診療情報提供料は現在Ⅰ、Ⅱがあるが、他院入院中の患者に対し、必要に応じ情報提供書・画像等を提供した場合、医療機関同士での調整となっている。情報提供は患者の情報を適切に提供し、安全な医療の提供、円滑な医療連携を行うための基盤となる部分であり、診療情報提供料Ⅰ、Ⅱ同様、適切に評価されるべきと考える。	-	200 点

(運動器不安定症指導料の新設) ◆運動器不安定症に対する生活、運動指導料の算定	-	270 点
(泌尿器科特定疾患指導管理料の新設) ◆間質性膀胱炎、神経因性膀胱、前立腺肥大症	-	225 点
(眼科特定疾患指導管理料の新設) ◆緑内障では、特に視野障害が生じた進行例において、わずかな期間でも眼圧が上昇すると視神経細胞死による不可逆的かつ重篤な視機能低下をまねく。中途失明に至れば、生活に全面介助が必要となり介護度の重度化は避けられない。残された視機能を維持するために、継続した専門的な管理と療養指導が必要である。	-	150 点
(婦人科特定疾患指導管理料の新設) ◆(1) 無月経、(2) 月経周期異常、(3) 排卵障害、(4) 更年期症候群(障害)、(5) 卵巣欠落症状 婦人科または産婦人科を標榜する医療機関において間脳一下垂体ー卵巣系機能の失調に基づく上記疾患に対して計画的な医療管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には算定する。 上記疾患群は、他の疾患よりも十分に時間をかけて説明がしているのが現状であり、(1)～(3)に関しては、日常生活は勿論、妊娠出産に対する不安軽減の改善、さらには少子化の改善策として極めて重要な管理と考える。 (4)、(5)に関しては、多くの女性達が通過する道の一つであるが、症状の発現は種々様々であり、女性特有の癌発症を抑制しながら、骨粗鬆症、脂質代謝異常症の抑制を図りながら管理することで医療費の抑制を図れる分野である。 以上のことを鑑み、婦人科特定疾患指導管理料の新設を要望する。	-	
(退院時共同指導 1 重症児・超重症児加算の新設) ○重症児・超重症児加算を算定している在宅療養支援診療所の保険医、看護師、訪問看護ステーションの訪問看護師、訪問薬局の薬剤師、指定相談支援事業所の相談員いずれか 3 者が入院中の病院に赴き共同で退院後の計画書を作成した場合、2,000 点加算する。	-	

	(地域連携診療計画退院時指導料 重症児・超重症児加算の新設) ○地域連携診療計画退院時指導料に重症児・超重症児加算を新設する。 (地域連携診療計画退院後指導料の新設) ○地域連携診療計画退院時指導料の算定患者であって、小児の成長発達を視野に退院後の地域連携パスの検討(退院後6ヶ月に3回まで算定可とする。) (骨盤底筋体操指導料の新設) ○評価の新設。	- - -	- - 180 点
--	--	----------------------------------	--------------------------------------

5.在宅医療

要望項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
総論	(強化型在支診等との点数の乖離の是正/在支診以外の評価) ◆機能強化型診療所に傾斜配分された医療資源の投入を在宅医療の実態に合わせて適正な配分とすること。また、在宅における多職種連携の中、栄養士・看護師などへの点数配分が医師に比べて極めて低く設定されている。実働時間・専門技術を正しく評価し、適正な点数配分を求める。 ○在宅医療を推し進める時に、機能強化型在宅支援診療所の点数に従来型や一般の訪問診療との間で同じ医療行為を行っているにも拘らず乖離があり、施設基準の要件を緩和して適正な点数に改める。 ○新たに機能強化型在支診・在支病が出来たが、常勤医師3名以上と3名未満で大きな点数の開きを付けたことは納得できない。医師1名で頑張っている診療所医師に対する配慮が必要である。 ◆在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院以外の一般医療機関の評価が必要である。 ○従来の1人体制の一般診療所も地域医療に必要な在宅医療を行っているので、在支診および機能強化型在支診の三者間の格差を是正し、1人体制の診療所でも長年の主治医として在宅での看取りが出来るような手当や施策が必要であり、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料等の引き上げを要望する。 (要件見直し) ○地域連携の評価が形式的すぎる。体制評価でなく実働評価にすべきである。(基準を満たした上で実績を評価)		
総論(小児科)	(強化型在支診の施設基準緩和) ○「強化型」で小児の在宅医療を行う場合には、「年間2例以上の看取り」の代わりに「小児の在宅人工呼吸管理症例を2例以上」とする。		

	○「強化型」で小児の在宅医療を行う病院に 200 床以上の病院を加える。		
C000 往診料	(要件見直し) ○現在、同一の患家や有料老人ホーム等で 2 人以上の患者を診療した場合は、往診料 1 人しか算定できない。往診料等が複数回できるように是正すべきである。		
C001 在宅患者訪問診療料	(引き上げ) ○在宅患者訪問診療料（同一建物居住者の場合）において、その人数が 2～4 名の場合は、同一建物居住者以外の場合の 830 点に満たないので 4 人以下を診た場合の点数の引き上げを要望する。 ○在宅患者訪問診療料の「2 同一建物居住者の場合」について、単価として安すぎる。訪問看護より技術評価として下回るのはいかがか。 (複数医療機関での算定を) ○「1 人の患者に対して 1 つの医療機関」を撤廃する。 ◆在宅医療の高度化による医療機関の連携、いわゆる副科の存在が増えてきている。訪問診療料が単一の医療機関でしか算定できないのは在宅医療の推進を阻むものである。 (要件見直し) ○ショートステイ施設に入所している患者に対して、在宅患者訪問診療料は算定できないとされている。しかし、地域的事情から短期入所の施設でありながら入所期間が半年～1 年以上と長期に亘り、しかも寝たきり、経管栄養、日常的に喀痰の吸引を要するなど、重症の患者が増加している。さらに診療にあたって高い専門性が必要となる疾患の患者など、施設の配置医だけでは対応が困難である場合が多く見られる。ついては、ショートステイ施設に入所中であっても、長期に亘る入所かつ医師に高い専門性が必要な疾患の患者に関しては、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料の算定ができるようお願いしたい。		

C002 在宅時医学総合 管理料	(要件見直し) ○月に2回訪問から月に1回の訪問へ要件を見直す。 ○ショートステイ施設に入所している患者に対して、在宅時医学総合診療料は算定できないとされている。しかし、地域的事情から短期入所の施設でありながら入所期間が半年～1年以上と長期に亘り、しかも寝たきり、経管栄養、日常的に喀痰の吸引を要するなど、重症の患者が増加している。さらに診療にあたって高い専門性が必要となる疾患の患者など、施設の配置医だけでは対応が困難である場合が多く見られる。ついては、ショートステイ施設に入所中であっても、長期に亘る入所かつ医師に高い専門性が必要な疾患の患者に関しては、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料の算定ができるようお願いしたい。		
C005-2 在宅患者訪問点 滴注射指導管理 料	(要件見直し) ○週3日以上訪問点滴の算定要件の廃止。		
C106 在宅排尿指導管 理料	(名称変更と区分追加) ◆「在宅排尿指導管理料」に名称を変更するとともに、「その他」の区分を追加する。 ・イ 在宅自己導尿指導管理料 ・ロ その他(新設)	1,800 点 -	1,800 点 1,050 点
[新設]	(眼科在宅患者訪問診療料の新設) ◆「病床」医療から「在宅」介護医療への移行を円滑に進めるためには、在宅医療の充実を図ることが重要である。現在の C001 在宅患者訪問診療料は、1 患者につき 1 医療機関しか算定できない。眼科領域においては、短期間で失明に至る可能性のある眼底疾患や緑内障などの疾患を抱えたまま在宅医療に移行する患者が相当数存在すると思われる。緑内障や糖尿病網膜症の患者が、通院困難となり在宅での療養が必要となった場合、眼科の定期的な在宅診療が必要となる。内科等が在宅訪問診療料を算定している場合であっても、眼科が同時に算定可能な眼科在宅患者訪問診療料の新設を希望する。	-	830 点

6.検査

要望項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
D0045 精液一般検査	(引き上げ) ○点数の引き上げ。	70 点	200 点
D008 18 内分泌的検査	(要件見直し) ○骨粗鬆症治療において、骨吸収マーカー、骨形成マーカーの測定は治療のモニタリング、副作用チェックとして重要であるが、現在は回数制限があるため、治療に支障が出ている。		
D012 21 ノロウイルス抗原定性、 RS ウイルス抗原定性	(要件見直し) ○ノロウイルス・RS ウイルス検査等の年齢適応の見直し。		
D012 21 ノロウイルス抗原定性	(要件見直し) ○平成 24 年診療報酬改定で、ノロウイルス検査が一部保険適用となったが、3 歳未満若しくは 65 歳以上の患者、悪性腫瘍の診断が確定している患者に限定されており、家族伝染による感染傾向が高いため、保険適用の範囲の拡大を望む。 ○年齢制限を撤廃すべきである。		
D012 30 グロブリンクラス別ウイルス抗体価	(要件見直し) ○現在ヒトパルボウイルス B19 については、感染の疑いのある紅斑の出現している妊婦にのみ検査が認められている。成人が罹患した場合、症状が修飾され診断しにくい例が多く、重篤になる恐れもあるため、早期診断の必要性から 16 歳以上の成人に算定を認めるべきである。		
D016 6 リンパ球刺激試験(LST)	(要件見直し/引き上げ) ○薬疹においては複数検体の算定が必要であり、所定点数と実勢価格には大きな乖離があり、点数引き上げが必要である。	350 点	500 点

D023 5 微生物核酸同定・定量検査 HPV 核酸検出	(要件見直し) ○微生物核酸同定・定量検査 5 に含まれる HPV 核酸検出検査は現在、子宮癌のみが対象である。しかし若年者の口腔・咽頭癌に対して病理組織学的検査と同時に HPV 検査を施行し陽性であれば、治療方針が変わる可能性が十分考えられる。したがって当検査の適応を口腔・咽頭癌まで広げることが必要である。		
生体検査判断料の適応拡大	(適応拡大) ○D218 分娩監視装置、D219 ノンストレステストへの適応拡大 生体検査判断料は呼吸機能検査、脳波検査、神経・筋検査、ラジオアイソトープ検査では認められている。上記の検査は、熟練した産婦人科医師が読影し、分娩方法を考えなければならぬもので、胎児にとっては極めて重要な高度の判断を要するものである。以上より生体検査判断料の適応拡大を要望する。		
D244 5 自覚的聴力検査内耳機能検査	(引き上げ) ○複数の検査から内耳性が後迷路性か判断しなければならず、診断には耳鼻咽喉科専門医として高度な技量を必要とし、検査時間も 30 分以上 1 時間以内を必要とする。	400 点	450 点
D247 4 他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査遊戯聴力検査	(引き上げ) ○純音聴力検査が困難な年齢（４歳以下）の他覚的聴力検査は非常に難しく、高度な技術と熟達が必要で、検査時も多く時間を必要とする。乳幼児の難聴の早期発見のためにも増点が必要である。	450 点	600 点
D256 眼底カメラ撮影	(区分の追加) ○従来のアナログ眼底カメラから、近年はより高価格のデジタル眼底撮影機器が普及しつつある。アナログ眼底カメラではフィルム代が算定できたが、デジタルカメラのプリント代は算定が認められていない。デジタル撮影ではファイリングシステムも必須となっており、これらを含めた眼底カメラの価格上昇分とデジタルプリント代を含めた点数設定を要望する。 ・ 1 通常の方法の場合 イ アナログ ロ デジタル	56 点 -	56 点 72 点

D260 2 静的量的視野検査	(最重要検査の点数復活) ○眼科診療において最も重要な視機能を測定する検査（調節検査・屈折検査・矯正視力検査・角膜曲率半径計測・静的量的視野検査）と眼圧検査が、検査に使用する医療機器の価格が上昇しているにもかかわらず、明確なエビデンスが示されないまま不合理に減点された。社会の高齢化が進み、緑内障による失明者が増えてきており、緑内障の進行度を評価する眼圧検査や視野検査の重要性が再確認されてきている。これらの、国民の目の健康を守るために最も重要な検査が大幅な引き下げの対象とされたことは、患者の QOL・QOV の向上に悪影響を及ぼす恐れがある。	290 点	300 点
D261 屈折検査		69 点	74 点
D262 調節検査		70 点	74 点
D263 矯正視力検査		69 点	74 点
D264 精密眼圧測定		82 点	85 点
D265 角膜曲率半径計測		84 点	89 点
D270-2 ロービジョン検査判断料	(要件見直し) ○厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会を終了した眼科医を 1 名以上配置することが施設基準の要件になっているが、現在は常勤の医師でなければならない。しかし、現状は、研修会を終了した非常勤の医師がロービジョン外来を担当しているケースが多いため、非常勤医師であっても算定が可能となるよう要件の緩和を要望する。		
D279 角膜内皮細胞顕微鏡検査	(適用拡大) ○角膜内皮細胞減少による角膜浮腫への適用を要望する。角膜内皮細胞顕微鏡検査の適用のある水疱性角膜症では、角膜の透光率が低下しているため、現実的には測定は困難である。角膜内皮細胞が減少し、水疱性角膜症を来す前段階の角膜浮腫に対しては測定が可能であるため、早期の対策も可能となる。この時期への適応拡大を要望する。		
D282-4 ダーモスコピー	(要件見直し/引き上げ) ○「初回に限る」を撤廃、経過観察目的でも算定できるように是正、適応疾患拡大（疥癬、疣贅）、増点。	72 点	100 点

	(要件見直し) ◆現在、初回の診断日に限るという制限があり、2回目以降の検査の評価がない。初回の診断および経過観察の目的で行った場合に算定できるように是正する。		
D308 胃・十二指腸ファイバースコープ	(引き上げ) ○感染症防止のため内視鏡の洗浄、消毒を施行しているが評価されていない。それぞれ 100 点～150 点の増点を要望する。	1,140 点	1,240 点
D313 大腸ファイバースコープ		1 900 点 2 1,350 点 3 1,550 点	1,000 点 1,450 点 1,650 点
D321 コルポスコピー検査	(引き上げ) ○子宮頸部異形成、子宮頸癌の診断、癌の腔壁への浸潤などに加え、尖圭コンジローマの管理などにおいて有用であり、適切な使用によって不要な細胞診や処置を回避できるため重要な検査である。増点を要望する。 ◆出産前の女性に対する子宮がん検診事業が拡大され、細胞診検査後の異常細胞出現時の子宮頸部検査としてのコルポスコピー検査は日本産科婦人科学会のガイドラインでも必須化されている。本検査は、病変の確認のみではなく、病変の広がりを確認し、その後の経過観察の方法や手術時の摘出範囲を決定する上で極めて重要な検査である。点数が設定された当時の機器の内容からすると格段に進歩発展したこと、患者が直接病変を見て理解しやすいようにするためには付属の機器を購入することにも必要になる。診断には経験年数も必要であり、診察時間も一般的婦人科診察より多くの時間を費やしている。請求できない酢酸などの試薬、洗浄に必要な一般的消毒液（処置料が検査料に含まれた設定）等、様々な制約がある検査である。国民に対する良質な医療提供のために増点を要望する。	150 点	300 点
[新設]	(認知症検査料の新設) ○長谷川式、MMSE など現行では点数がなく基本診療料に含まれている。今後、認知症患者の増加が見込まれることから、認知症の早期発見に対する評価が必要である。	-	80 点

	(音響鼻腔計測検査の新設) ◆鼻腔通気度検査は鼻科領域の数少ない機能検査の一つで、鼻呼吸の程度を客観的に示すことができ、しかも簡便で患者への侵襲が少ない。その中でも音響鼻腔計測検査は音パルス反射を利用して鼻腔を断面積や容積として表現できる。従来の検査法が気流の動態を測定するものであるのに対して、解剖的な評価を行う点で測定の方法が異なり、鼻呼吸分析能力を広げるものである。それにより外来での鼻閉などの鼻呼吸の分析および手術の前後の評価を高めることが期待できる。 (妊婦に対する不規則抗体検査の要件の緩和及び抗体価定量検査の新設) ○「D011 不規則抗体検査」は、現在輸血時に認められている検査である。しかし、妊娠においては、母親と胎児の間で血液型が異なること、また、胎児血が母体血中に存在する状況が生理的に起こっている。このため、母体血清中には胎児の血液に対する抗体が産生され、この抗体が胎盤を通過して、胎児の貧血を引き起こす場合や胎児水腫となり、ひいては体内死亡をする場合もある。また、出産後に児の高度な黄疸を引き起こす場合もある。そのため、妊婦の血清中には多種の抗体が産生されやすく、クームス検査のみでは判定に苦慮するケースが多いのが現状である。妊婦公費健診の初期検査に不規則抗体検査が組み入れられているが、これで得られる結果は不規則抗体の有無（陰性か陽性か）と陽性の場合は抗体の同定までである。上記に挙げられた経過観察が必要な事例には、陽性と同定された抗体価の動きを継続的に観察する必要があるが、抗体価定量検査には費用がかかり、従前の不規則抗体検査では対応出来ず、高次医療機関において自費にて検査を行っているのが現状である。	- D011 4 不規則抗体検査 167 点 K920 輸血 注6 200 点	450 点 不規則抗体定量検査 400 点
--	--	--	---

7.画像診断

要望項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
第4部通則4 画像診断管理加算2	(引き上げ) ◆画像診断管理体制への加算増点。画像診断、とくにコンピューター断層撮影(CT、MRI)および核医学検査の全例について、専門医によるプロトコール管理、被曝管理、安全対策、読影および報告書作成、その記録とデータ保存が行われている体制への増点	180 点	250 点
第4部第2節通則 [新設]	(放射線医薬品安全管理加算の新設) ◆放射線医薬品の取り扱いガイドラインに準拠し、核医学検査における放射線医薬品調整をした場合	-	100 点
第4部第3節 3 電子画像管理加算	(引き上げ) ◆電子保管によるフィルムレス化の普及促進。さらに半永久的なデータ保管と院内および地域医療連携への運用のための加算増点。	120 点	180 点
E002 撮影	(引き上げ) ○単純撮影におけるデジタル撮影の普及率は40%程度にすぎず、他の撮影法を含め、アナログ撮影の点数をデジタル撮影と同点数にすべきである。 ・単純撮影 ・特殊撮影 ・造影剤使用撮影 ・乳房撮影	60 点 260 点 144 点 192 点	68 点 270 点 154 点 202 点
E200 コンピューター断層撮影 (CT 撮影)	(引き上げ) ○64 列以上の装置による撮影料の増点。64 列以上装置では高速かつ被曝低減技術より広範囲撮像が可能で、1回の撮像で必要な範囲(胸腹部骨盤部や全身)の撮像が可能であり、従来2回に分けていた検査も1回で撮像可能で、造影CTにおいては造影剤を有効利用が可能。	950 点	1,000 点

E200 7 コンピューター断層撮影 (CT 撮影)大腸 CT 撮影 加算	(適用拡大) ○大腸疾患術前精査目的にも適応拡大。		
E202 磁気共鳴コンピューター 断層撮影(MRI 撮影)	(引き上げ) ○3 テスラ以上の装置による撮影料について増点。3 テスラ未満と比較して高額機器であるが、精査には 撮像・検査時間も長い(撮像方法が多岐にわたる)ことから、一検査あたりの経費が高く、現行点数で は不十分である。	1,300 点	1,500 点
E202 磁気共鳴コンピューター 断層撮影(MRI 撮影) [新設]	(乳房 MRI 加算の新設) ○乳癌術前に造影ダイナミック 3 次元 MRI や高精細画像で質的診断および進展度診断を行った場合 (先進画像加算:脳梗塞急性期 MRI 加算の新設) ○発症 4、5 時間以内の急性期において、拡散画像や MRA、造影灌流画像により正確に動脈閉塞部位診断、 非可逆的組織診断、循環予備能の評価を行い、臨床病型の診断、治療法の適応に寄与した場合の評価	- -	600 点 800 点
E203 コンピューター断層診断	(要件見直し) ○現行では初診時のみ算定可であるが、再診時でも他医で撮影した MRI、CT の読影料を算定出来るよう要 望(自院で依頼したものは除く)。	450 点	450 点

8.投薬

要望項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
F000 調剤料	(新設) ◆院内処方における一包化加算の新設。	-	30 点
F100 処方料、 F200 薬剤料、 F400 処方せん 料	(7種類以上投薬時の減算の廃止) ◆多剤投与(7種類以上)の減額を廃止する。 ◆高血圧など、いかに合剤ができていても疾病の複雑化、医療の高度化により、6種類の薬剤で対応するのは不可能である。また、平成26年より実施される消費税8%へ引き上げのことを考えると減算10%では全く逆鞘となる。早急に改善を望む。 ○合併症を多く抱える患者さんや難治疾患患者さんにおいては、7種類以上の内服薬を医学的に必要とすることが多く、これらの患者さんの診療においてはむしろより一層の知識と管理が必要であり、内服薬の種類が多いと多量の事で処方料、薬剤料、処方せん料が逓減されることは不合理であるので、これらの減額を廃止することを要望する。 ○7種類以上の内服薬処方にした場合の逓減は、薬価差益があったとされた時代の名残で、今の時代では院内処方でも1割減額されると完全に医療機関が赤字となるため、逓減を廃止すべきである。また、特許の切れた先発医薬品の薬価については、後発医薬品と同じ薬価に下げるべきである。 ○高齢者は様々な疾病を抱えている。かかりつけ医として、他科にまたがる処方が求められる実態を考えれば、7種以上の逓減はかかりつけ医構想、在宅医療の推進を阻害するものでしかない。複数科の受診となれば、患者の負担を増大させ、医療費をむしろ押し上げる。逓減制は即時廃止とすべきである。		

F000 調剤料、 F500 調剤技術 基本料	(院内調剤と院外調剤の点数見直し) ○医療機関の薬剤師配置・設備投資におけるコストに比べ点数が低い。点数の引き上げを行い、適正に評価されるべきである。右記処方の場合、－397 点の差額となる。これは絶対に是正すべきである。 ※参考：院内調剤と院外調剤の報酬比較（28 日分の場合） アムロジピン錠 5mg1 錠 1 × 朝食後 ファモスタジン錠 10mg2 錠 2 × 朝夕食後 MS コンチン錠 10mg1 錠 1 × 就寝前 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">〈院内調剤〉</th><th colspan="2">〈院外調剤〉</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・調剤料（内服）</td><td>9 点</td><td>・調剤料（内服）（28 日分の場合）</td><td>162 点</td></tr> <tr> <td>・調剤料（麻・向・覚・毒）</td><td>1 点</td><td>・調剤料（麻・向・覚・毒）（1 調剤につき）</td><td>8 点</td></tr> <tr> <td>・調剤基本料</td><td>8 点</td><td>・調剤料（麻薬加算）（1 調剤につき）</td><td>70 点</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>・調剤基本料</td><td>40 点</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>・一包化加算（28 日分の場合）</td><td>120 点</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>・後発医薬品調剤体制加算</td><td>215 点</td></tr> <tr> <td colspan="2">合計 18 点</td><td colspan="2">合計 415 点</td></tr> </tbody> </table> ○院外処方で認められている技術料や一包化加算等を院内処方でも算定できるよう要望する。 ○院内処方（処方料）42 点と、院外処方（処方せん料）68 点に、26 点の差がある。常勤の薬剤師を雇い、院内で処方し薬剤師が薬の説明をするのに調剤技術基本料 8 点は低すぎる。少なくとも院外処方せんを発行した場合と同等の差額を上乗せすべき。 ・調剤技術基本料	〈院内調剤〉		〈院外調剤〉		・調剤料（内服）	9 点	・調剤料（内服）（28 日分の場合）	162 点	・調剤料（麻・向・覚・毒）	1 点	・調剤料（麻・向・覚・毒）（1 調剤につき）	8 点	・調剤基本料	8 点	・調剤料（麻薬加算）（1 調剤につき）	70 点			・調剤基本料	40 点			・一包化加算（28 日分の場合）	120 点			・後発医薬品調剤体制加算	215 点	合計 18 点		合計 415 点		8 点	26 点
〈院内調剤〉		〈院外調剤〉																																	
・調剤料（内服）	9 点	・調剤料（内服）（28 日分の場合）	162 点																																
・調剤料（麻・向・覚・毒）	1 点	・調剤料（麻・向・覚・毒）（1 調剤につき）	8 点																																
・調剤基本料	8 点	・調剤料（麻薬加算）（1 調剤につき）	70 点																																
		・調剤基本料	40 点																																
		・一包化加算（28 日分の場合）	120 点																																
		・後発医薬品調剤体制加算	215 点																																
合計 18 点		合計 415 点																																	

F100 処方料、 F400 処方せん 料 特定疾患処方管 理加算	(引き上げ) ○長期投薬加算の評価引き上げ。		
---	---------------------------	--	--

9.注射

要望項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
総論(小児科)	(引き上げ) ○静脈内注射、点滴注射、中心静脈注射の乳幼児への実施に当たっては専門的技術や、管理のため多くの人手と手間を必要とする。現幼児加算点数は低く、それに見合った加算設定を要望する。 ・点滴（静脈内）注射乳幼児加算 ・中心静脈注射乳幼児加算	42 点 50 点	100 点 100 点

10.リハビリテーション

要望項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
総論	(要件見直し) ○算定の仕方が複雑で分かりづらく、もっとシンプルにすべきである。 ○「心疾患」「脳血管」「運動器」リハビリを1人の患者で個々に行った場合、それぞれ算定可として欲しい。 ○リハビリテーション算定における次の不合理な点の改正を要望する。 ・疾患別の算定点数上限の緩和 ・運動器リハビリテーションにおける医師の毎回診察の要件緩和 (維持期リハの制限緩和) ○維持期リハビリテーションの評価引き上げ、期間要件の撤廃。 ○維持期リハでも医療が必要な患者は医療で行えるよう算定制限の緩和を行う。 (一物二価の解消) ○同じ時間リハビリテーションを行っても疾患別や入院と外来での点数の差異等一物二価の是正。 ○運動器リハビリテーション料(Ⅰ)と脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の算定要件、点数の同一化を強く希望する。一物二価となっており、不合理である。 (算定期間制限の緩和) ◆医療保険適応のリハビリテーション枠(定められたリハビリテーションの日数限度を超えて算定できる疾患・状態)の拡大		

	○リハビリテーションを継続することが、医学的に効果的で必要と判断できる場合には、医療保険の算定可能期間の制限を延長できるように改正することを要望する。特に高齢者では脳血管リハ（180 日）や運動器リハ（150 日）と同様となるように調整すべきである。 ○平成 26 年から医療計画に精神疾患が加わり 5 疾病 5 事業となって施策が進められていくが、この中で、身体合併症、うつ病、認知症などについての対応強化が謳われている。特に超高齢社会における精神疾患をもつ患者の身体合併症、うつ病による自殺企図による多発外傷、認知症の大腿骨頸部骨折、嚥下障害などに、理学療法、作業療法、言語聴覚療法は必要な治療である。しかし一方で、リハビリテーションは地域連携パスで運用されているため、精神疾患をもつ患者のリハビリテーションは、なかなか回復期リハビリテーション病院には転院が難しく、リハビリテーションが行えず、ICU などのベッドを長期利用せざるをえない事情を生んでいる。また、精神病棟において身体リハビリテーションを行えることができて精神症状がその障壁となり、意欲や集中力が保てず、一般のリハビリテーションよりも長期の回復期間を要する傾向があるが、時間をかければ障害のない人と同様に回復する可能性は十分あると報告されている。 一方、現行制度では疾患別リハビリテーションに算定期限が設けられているが、平成 24 年の診療報酬改正で、平成 26 年度よりさらに 65 歳以上で維持を目的としたリハビリテーションが医療保険内で行えなくなるという方針が示されている。精神疾患を持つ患者の介護保険施設への移行は困難であり、もしこの要件が実行されれば、精神科病棟で時間をかければ回復する可能性のある患者の将来を摘み取る結果となることは明白である。そこで、精神病棟入院中の精神疾患を持つ患者に対してのリハビリテーションは、この算定期限のある対象疾患から除外することを要望したい。		
H001 脳血管疾患等リ ハビリテーション 廃用症候群の場 合	（対象者見直し） ○現行の廃用症候群に対するリハビリテーションは、ADL の低下が条件となっている。しかし廃用症候群を合併する可能性を予見して予防的リハビリテーションの介入により廃用症候群を防ぐことが患者さんにとって喜ばしいことであり、入院期間の延長を避けることにも繋がると思われる。よって廃用症候群等の予防的リハビリテーションの充実を要望する。		

H002 運動器リハビリテーション料	(要件見直し) ○外来リハビリテーションでも運動器リハビリテーション料（Ⅰ）を算定出来るよう要望する。		
H003 呼吸器リハビリテーション科	(対象者見直し) ○対象患者として「食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者」とある。原則上腹部癌が算定対象となっているが、年齢や患者様の状態によっては、下腹部の癌においても呼吸機能訓練が必要なケースがあると思う。対象癌疾患について再度ご検討いただきたい。		
H007-2 がん患者リハビリテーション料	(要件見直し) ○がん患者のリハビリテーションは今後特に充実が求められる領域と思われる。がん患者リハビリテーション料の施設基準の人員要件を満たす研修会の開催機会は少なく、講習を終了した医療スタッフのみでは、がん患者リハビリテーションは十分実施できない。現状に即した算定要件への緩和を求めるとともに、がん患者リハビリテーション料算定の要件となっている研修規定の緩和を要望する。		
[新設]	(運動器リハビリテーション指導料の新設) OPT、OT 等がない施設や、算定日数の上限超えの場合でホームエクササイズを指導した場合。	-	270 点

11.精神科専門療法

要望項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
I002 通院・在宅精神療法	(引き上げ) ○通院・在宅精神療法について、初診料を算定する日に精神保健指定医等で救急医療に参加しているものが 700 点算定できるが、地域によっては確保されていないところもあり、独自に行っても低い点数 (30 分以上 400 点・30 分未満 330 点) となるのはおかしい。		
I012 精神科訪問看護・指導料	(要件見直し/引き上げ) ○精神科訪問看護・指導料は、精神障害者の地域生活を支える医療の充実のために不可欠な精神科専門療法である。平成 24 年度改定において、精神科訪問看護・指導料の基準を、介護保険主体の訪問看護ステーションの体系に画一的に合わせた結果、診療報酬上のマイナス要因として以下の問題点が生じている。 ①実施時間 30 分未満、30 分以上の区分が新たに設けられ、複数名訪問看護加算の算定要件が 30 分以上の場合に限定されたこと ②保健師又は看護師が准看護師と共に精神科訪問看護・指導を行う場合の評価が従前の 450 点から 380 点に引き下げられたこと ③従来精神科訪問看護で行われてきた精神保健福祉士同士の複数名訪問が評価されなくなったこと その結果、精神科患者を看護する上での対応や退院後に長く社会で生活するための援助を行う上で必要な精神科看護の「専門性」への評価が失われ、かつ実施における従前の利便性が損なわれており、是正が必要である。30 分未満においても複数名訪問看護加算を算定可能とすること、保健師又は看護師が准看護師と共に精神科訪問看護を行う場合の評価を 450 点に戻すこと、精神保健福祉士同士の複数名訪問看護加算を算定可能とすることを求める。	(30 分未満 440 点) 准看護師 380 点	准看護師が加わる 複数名加算 450 点 精神保健福祉士同士の複数名加算 450 点

	く、看護面にも多くの手間、負担がかかる。度重なる精神保健福祉法の改定によっても診療報酬上の評価はなく、精神科専門療法として要望する。 (地域連携クリニカルパス加算の新設) ◆平成 25 年度より医療計画の見直しがなされ 4 疾患 5 事業に精神疾患が取り入れられ 5 疾患 5 事業となった。これを受け、精神科地域連携パスが必要となる。地域連携パスは疾患の診断、治療、リハビリまでを作成する一連の地域診療計画である。精神科においては医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者、薬剤師等の多職種がクリニカルパスに基づいた治療と多職種で評価会議を開き情報共有をし、退院後のアウトリーチ（訪問看護・デイケア等）の調整や家族・本人に対する疾患教育及び心理教育を行い、さらに地域連携医療機関に対し、これらの情報提供ならび退院後の治療方針を共有した場合に診療報酬での評価を求める。これにより早期退院と再入院までの期間延長、再入院予防、スムーズな病診連携、病病連携が実現でき医療費の削減が図れる。精神科専門療法として要望する。	5,000 点
--	--	----------------

12. 処置

要望項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
全般	(外来管理加算に満たない処置点数の引き上げ) ◆外来管理加算に満たない処置等の引き上げ。 ◆産婦人科処置 (J072、J073、J076、J077-2、J084、J085 等) の点数引き上げ 各種処置点数が外来管理加算 (52 点) より低い点数の設定は不合理である。技術、人、時間、物を費やしている現状は、外来管理加算と同等かそれ以上の点数とするのが合理的である。 膣洗浄、創傷処置、術後創傷処置等、52 点以下の処置料の改定を要望する。 ○外来管理加算の点数以下の検査の評価については、外来管理加算の点数以下の検査点数を労災保険のように外来管理加算の点数に読み替えて算定できるようにする。 外来管理加算点数以下の眼科学的検査は、D259 精密視野検査 (38 点)、D266 光覚検査 (42 点)、D267 色覚検査 2 (48 点)、D268 眼筋機能精密検査及び輻輳検査 (48 点)、D269 眼球突出度測定 (38 点)、D271 角膜知覚計検査 (38 点)、D272 両眼視機能精密検査、立体視検査 (48 点)、D273 細隙灯顕微鏡検査 (前眼部) (48 点)、D274 前房隅角検査 (38 点)、D276 網膜中心血管圧測定 1 (42 点)、D277 涙液分泌機能検査、涙管通水・通色素検査 (38 点)、D282 中心フリッカー試験 (38 点)、の 12 項目である。 ○外来管理加算に満たない医療行為の点数があり、処置や検査を実施した場合よりも患者負担が増えるなど、患者にとって理解しにくい。処置や検査時等における外来管理加算の算定不可ルールは不合理である。外来管理加算は、長期にわたり総合的に患者の医学管理をしていることの評価であり、丁寧な問診等の算定要件や検査、処置時の算定不可ルールは撤廃すべきである。外来管理加算に満たない処置点数は外来管理加算と同点数とする。但し、複数の処置を行った場合は、その都度加算できるようにする。		52 点
			52 点

J001-7 爪甲除去(麻酔を 要しないもの)	(要件見直し/引き上げ) ◆現在、麻酔を要しない「爪甲白癬または爪床間に「とげ」等が刺さった場合の爪甲除去」などにしか算定できない。皮膚科外来診療・往診等で、高齢者の「爪切り」依頼が激増している。「爪切り」には十分な注意を払うとともに、時間的負担も大きい。「爪切り」においても算定できるように是正すべきであり、さらに増点の必要があると思われる。	45 点	90 点
	(新設) ◆爪切り処置を「爪甲除去(麻酔を要しないもの)」と区別した新点数の設定を要望する。	45 点	290 点
J053 皮膚科軟膏処置	(復活) ◆皮膚科軟膏処置(100 cm ²)の復活を要望します。技術料は正当に評価されるべきです。範囲の問題ではなく、医師の技術料として評価すべき技術であり、外来における出来高払いの原則を順守すべきである。同じ 100 cm ² 未満の創傷処置 45 点との整合性がない。	-	56 点
J054 皮膚科光線療法	(適用拡大) ○「2 長波紫外線又は中波紫外線療法」、「3 中波紫外線療法」について、円形脱毛症、痒疹、皮膚掻痒症(腎不全に伴う)を適応疾患に追加する。		
J056 いぼ冷凍凝固法	(引き上げ) ○平成 22 年度改定で「医療経済実態調査」の不適切なデータによる診療科間の医療費配分の見直しを理由に 10 点ずつ減点された。独自の調査によると、液体窒素価格の値上げはあるものの、値下げは全く認められない。適正に評価されるべきである。		
	・ 1 3 箇所以下 ・ 2 4 箇所以上	210 点 260 点	220 点 270 点
J059 陰嚢水腫穿刺	(引き上げ) ○点数の引き上げ。	80 点	180 点

J069 前立腺液圧出法	(引き上げ) ○点数の引き上げ。	50 点	60 点
J070-2 干渉低周波による膀胱等刺激法	(引き上げ) ○点数の引き上げ。	50 点	200 点
J086 眼処置	(要件見直し) ○洗眼は、結膜嚢アレルギーの除去、感染源の除去、マイボーム腺開口部の清潔保持等のために、医師が細心の注意を払って行う眼処置であり、時間も労力も要する。患者の眼の「安全」を確保する見地からも眼処置として算定できるよう希望する。		
J113 耳垢栓塞除去 (両側)	(引き上げ) ○現行では片側除去 100 点、両側除去 150 点である。技術的にも両側除去が片側除去×2 よりも低いのは理解しがたい。	150 点	200 点
J114 ネブライザー	(引き上げ) ○昭和 51 年から点数が据え置かれており、機器の価格、人件費、消耗品価格などの高騰を考慮すると、点数を引き上げることが必要である。	12 点	20 点
J119 消炎鎮痛等処置	(2 部位以上の場合の加算の創設) ◆柔道整復療養費や労災診療費においては複数箇所の算定が可能である。これらに比べ、診療報酬においては部位または部位数にかかわらず 1 日につき 35 点であって、不平等が生じている。このため 2 部位以上に対して処置を行った場合に加算の新設を要望する。		

[新設]	(耳鼻咽喉科処置に対する乳幼児加算の新設) ◆乳幼児の処置に際しては、１～２名の介助者により身体保持を図ることが必要である。また乳幼児は局所の視野が狭く、顕微鏡下での処置を必要とすることも多い。乳幼児加算の新設を要望する。 (めまいの理学療法の新設) ○めまいの理学療法を新設していただきたい。頭位変換性めまいに対する有効な治療法であるが、今まで点数化されていない。		
------	---	--	--

13.手術

要望項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
総論	(手術報酬の矛盾の是正) ◆外保連試案の手術報酬(実際の人件費と材料費に基づく)と大きく乖離する手術報酬の引き上げ。		
K030 四肢・躯幹軟部 腫瘍摘出術	(要件見直し) ○悪性腫瘍手術では、筋、血管、神経、骨等を同時に操作することが多いが、現時点で複数手技加算が認められていない。複数術式の加算を認めていただきたい。	従たる手術点数の100分の50加算	複数術式加算
K046 骨折観血的手術 [新設]	(透視下加算の新設) ◆骨折観血的手術では、症例によりイメージインテンシファイヤー(透視器械)を使用する場合がある。機器のコスト、術者、助手の被爆危険等を考慮して、透視下加算の設定が望まれる。	-	2,000点/1時間
K282 水晶体再建術	(引き上げ) ○白内障手術は失明という社会的損失を防ぐ重要な手術である。しかし近年は使用する物品のディスポ化等により実質の医師の技術料は大幅に減少しており、このままでは白内障手術を継続できない医療機関も増加してしまう。白内障手術の増点を要望する。		
K282 1 水晶体再建術眼 内レンズを挿入 する場合	(引き上げ) ◆水晶体再建術の点数には、眼内レンズ代金や多くのディスポーザブル手術材料の費用が含まれている。手術点数に包括されていて償還できない手術材料費の合計は一件につき153,000円(外保連試案)である。これは、日本病院会の調査では手術点数の59%であったが、最近の日本眼科学会と日本眼科医会が行った病院眼科の調査では平均85%となっている。手術点数に包括されている材料費について、公正な評価を希望する。要望点数は、超音波器械、顕微鏡の価格上昇、眼内レンズの価格上昇、使用機器の管理コストの上昇を考えて算定した。本術式に対する根拠に乏しい診療報酬上の低い評価が続くと、白内障手術を主な入院収入源としている(特に)	12,100点	13,000点

	地方の中小病院の眼科の収益が低下して、眼科の運営が困難となり、地方での眼科医療が崩壊する恐れがある。 結果的に患者は眼疾患の治療のために遠隔地に赴かねばならず多大な負担がかかることになる。そのような事態を防止するため水晶体再建術の増点を希望する。 また、白内障手術が施行された患者の転倒リスクは、手術を受けていない患者に対して 0.62 倍で、白内障手術によって転倒リスクは 40%程度減少する。また、111 万余例の調査で、白内障手術を受けた患者では大腿骨頸部骨折リスクが 16%低く、さらに重度白内障ではそのリスクが 23%低下することが示されている。複数の研究によって視覚障害がある場合のうつ相対リスクは視覚障害がない場合に比べ 3.5 倍高いとされており、白内障手術によって QOL を損なうリスクの減少が得られている。		
K615 血管塞栓術	(適応拡大) ○動脈塞栓術・血管内バルーン塞栓術の適応拡大 子宮動脈塞栓術ならびに血管内バルーン塞栓術は、子宮からの大量出血をきたす疾患（例えば、前置胎盤、子宮頸管妊娠、産褥弛緩出血、子宮頸癌、子宮筋腫等）に対して極めて有効な手段として、学会でも救命しえたという実績がある方法です。かつて、救命し得ずに医師が逮捕・拘束された事件もあり、上記疾患に対して、また、これらの手技が安全行われる施設においては、これらの手技を認めていただけるように適応の拡大を要望します。		
K800-3 膀胱水圧拡張術	(要件見直し) ○施設基準「(3) 麻酔科標榜医が配置されていること」を削除する。		
K834 精索静脈瘤手術	(区分の追加/引き上げ) ◆顕微鏡下精索静脈瘤手術の評価。なお腹腔鏡下内精索静脈結紮術は 18,590 点である。	2,480 点	12,480 点

K909 流産手術妊娠 11 週までの場合	(引き上げ) ○現行では流産手術（妊娠 11 週まで）の点数が子宮内容除去術（不全流産）の点数より低い状況になっている。臨床では前者の方が子宮頸管拡張や手術手技においても難易度は高く点数の改善が必要である。また、流産手術は直視下ではできない点など難易度は高く、現状では不当に低い点数になっている。 ○流産手術（12 週未満）の点数が据え置かれたことに対しては納得いかない。特に不全流産の手術点数が増点され、この手術よりも頸管拡張を必要としたり、通則による頸管拡張器具の請求ができない状況を勘案しても納得のいかない点数の改定であった。不合理な点数の設定について増点を要望する。	1,910 点	4,000 点
K939 1 画像等手術支援 加算ナビゲーションによるもの	(要件見直し) ○K769 腎部分切除術を対象に加える		
[新設]	(副腎静脈サンプリングの新設) ○内分泌腫瘍の術前精査目的：機能と局在の精査。局所から採血するため超選択的なカテーテル手技を必要とし多数のポイントで採血するので検査時間も長い (バルーン下逆行性経静脈的塞栓術の新設) ○門脈大循環シャントに対して胃食道静脈瘤の破裂救命や予防、肝性脳症の軽減を目的とした IVR 治療 (内視鏡下手術の新設) ◆従来法手術が保険収載され、外保連試案に難度 C、D で新たに収載された内視鏡下手術の新設。 (複数手術の新設) ◆新たに申請された複数手術の副手術の手術報酬も請求可能にする。	- -	16,000 点 程度 16,000 点 程度

(手術骨折創外固定術の新設) ◆現在創外固定は、骨折観血的手術、偽関節手術、骨長調整手術等、限られた手術のみに認められている。しかし技術、機器の進歩により創外固定のみで治療を行うことも多い		
(経外耳道内視鏡下鼓室形成術の新設) ○従来の鼓室形成術は顕微鏡下で行われている。内視鏡を手術に取り入れることにより、術式の選択の幅が広がり、また患者の身体的負担の軽減が期待できる。	-	30,760 点
(唾液腺内視鏡下唾石摘出術の新設) ○深在性または腺体内に存在する唾石を摘出する際、内視鏡を使用することにより、手術の安全性を高め、手術時間の短縮および患者の身体的負担の軽減を図ることができる。	-	8,200 点
(分娩時大量出血止血術の新設) ○分娩時の大量出血に要する点数は、子宮双手圧迫術(2,460 点)または子宮出血止血法(分娩時)(520 点)の手術または処置点数しかないのが現状である。妊産婦死亡低減を図るためには、輸血、輸液を始め、ショック、DIC への対応薬の投与、高次医療機関への搬送も含め、人・物、そして技術を瞬時に要する救急医療の最前線の医療行為である。本年度より Cook 分娩後バルーンが認可された。これは子宮内にバルーンを挿入し産褥期の出血を減少させ、母体死亡を減少させるために作られたものだが、関連技術料を処置料で対応するような方向にある。 DPC では処置料は算定されない。救急医療に対する配慮なされたにも関わらず、本病態に対する配慮がなされないのは納得できない。早急に対応していただけるように要望する。		

14. 麻酔

要望項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
[新設]	(四肢伝達麻酔の末梢での点数の新設) ○現行の麻酔では末梢神経麻酔の手技は算定不可となっている。このため末梢でのブロック麻酔の技術料を評価していただきたい。 (小児深鎮静の新設) ○小児における心臓カテーテル検査、腎臓の経皮的針生検、消化管内視鏡検査など侵襲的検査や痛みを伴う外科的処置などの必要度が増しその症例数も増えている。また、MRI 検査などの長時間の安静が必要な検査の重要性が増している。しかしながら、これらを安全に実施するためには特に 12 歳以下の小児において全身麻酔に準じるような深鎮静を必要とすることも少なくない。小児の深鎮静は、専任の監視者のもとで十分な監視装置を駆使して安全に配慮して実施することが必要であり、新設を要望する。	-	120 点

15. 病理診断

要望項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
N004 液状化検体細胞 診加算	(要件見直し) ◆平成 24 年度改定で液状化細胞診検査に対する点数設定がなされたことは大変評価するが、その運用には大変苦慮している現状がある。まず、患者側からすると追加料金の支払いに戸惑うことになる。他方、予め必要なキットの準備や保管場所の確保には大変な負担を医療機関側が支払わなければならない。また、支払い者側では、月をまたぐ検査の場合、実際に表記してもらわないと分からないことになる。運用に関しては、要件を変更し加算点数で対応するのではなく、液状化細胞診の点数を最初から設定し、3 者が理解しやすい環境を整えるよう要望する。 ○子宮腔部（頸部）細胞診の報告様式がベセスダシステムに変更される中で、診断精度の向上に液状化検体細胞診の重要性は明らかであり、現状の再検査時のみの算定ではなく、初回標本よりの算定を要望する。	85 点 (加算)	350 点

16.その他

要望項目	具体的内容	参考	
		現行点数	要望点数
DPC 包括点数	(引き上げ) ○心臓血管外科領域における包括点数（特に大動脈瘤、弁膜症手術関連）の設定は、疾患の重症度及び周術期管理が困難な症例の評価を適正に反映されておらず、診断群分類への重症度の評価、管理困難な症例の評価を組み込んでいただきたい。		日当点平均 500 点程度の引き上げ
特定保険医療材料	(要件見直し) ○膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル等 24 時間以上留置した場合に算定できるが、体内留置時間に関係なく当該医療材料を使用した場合には算定可とする。 (対象拡大) ○ペッサリー（性器下垂・性器脱用） 女性の性器下垂・脱に対する治療方法は、ペッサリーまたは手術方法しかないのが現状である。高齢化に伴い手術を行うことが困難な程の合併症を有する女性が増え、ペッサリーによる対処療法に頼らざるを得ないのが現状である。また、この処置点数にはペッサリーの料金が含まれておらず、不合理である。さらに、ペッサリーを開発する意欲をなくしてしまうことを危惧していたが、実際に製造を中止した企業が出てしまった。以上のことを鑑み必要な医療材料として特定保険医療材料として認めていただくよう要望する。 ○ヒスキャス（卵管疎通検査用カテーテル） この器具は、卵管疎通性検査用に開発された器具である。婦人科領域では、超音波検査下に本器具を使用して腹腔内に流入する状況を確認し卵管の疎通性を確認している。また、子宮内の病変（子宮内膜ポリープ、粘膜下筋腫など）をより鮮明に浮き出させることが可能になる。さらには、卵管造影検査と組み合わせることができ、現行の方法に比較すれば、患者に痛みは圧倒的に軽減される。このように用途の高い器具に対して、患者疼痛軽減に役立つ器具に対して、特定保険医療材料として認めていただくよう要望する。		