

日病会発第140-2号
平成23年9月26日

厚生労働省

保険局長 外口 崇 殿

社団法人日本病院会
会長 堺 常



日本病院会 平成24年度診療報酬改定に係る要望書

日本病院会は、平成24年度診療報酬改定にあたり医療現場から出された要望事項のうち、とりわけ重要と思われる64項目（最重点要望項目8、重点要望項目41、精神科に係る最重点要望項目15）を次期診療報酬改定に係る要望事項として提出いたします。

国民への良質な医療の継続的な提供を担保するとの観点から、次頁以下の要望内容が実現されますことを強く求めます。

なお、各要望項目の左端に付した番号は、項目の分類整理等のために便宜上付したものであり、要望項目の優先順位を示すものではありません。

また、「区分コード等」が同一のもの（例：重点要望項目 番号6 「A200 総合入院体制加算 施設基準の緩和」）につきましては、まとめて一つの番号を付しております。

以上

【最重点要项目】

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(最重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
1	入院基本料等加算 A200 総合入院体制加算	施設基準の緩和	<p>【現状】 当該加算は「十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価する」との主旨で設定されているが、診療内容の如何を問わず、要件に含まれる診療科の有無で算定の可否が決まるという不合理さがある。</p> <p>【要望内容】 24時間対応できる急性期の医療機関は、設備・人員・体制などで多額の経費を要しており、また単に診療科の員数合わせは不合理であり、診療科目(数)の適正化を求める。</p>	見直し
2	入院基本料等加算	高齢者の口腔ケアに対する加算の新設	<p>【現状】 重症度・看護必要度に関わる評価票の患者の状況等の項目に口腔清潔はあるが、これを含めた看護必要度評価加算の対象でない病棟での高齢者の口腔ケアの加算は無い。</p> <p>【要望内容】 高齢者等の誤嚥性肺炎や低栄養の原因のひとつは口腔機能低下であり、予防や病状の回復には、口腔ケアがきわめて重要である。口腔ケア時にバイトブロックや吸引カテーテル、ブラシ等が必要となり、経費や人件費がかかるため加算の新設を求める。</p>	新規
3	特定入院料 A308 回復期リハビリテーション病棟	回復期リハビリテーション病棟における包括項目のうち退院前後訪問指導を包括外とする	<p>【現状】 回復期リハビリテーション病棟で在宅・社会復帰をするためには、退院前後の訪問指導が重要である。退院後における在宅生活において専門的知見をもって指導することで日常生活が維持できる。</p> <p>【要望内容】 点数化されることにより多くの病院で実施されることが期待でき、患者のADL、QOLに寄与することができるため、回復期リハビリテーション病棟での退院前後の訪問指導の出来高算定を求める。</p>	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(最重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
4	特定入院料 A310 緩和ケア病棟入院料	緩和ケア病棟入院料包括項目の見直し	<p>【現状】 緩和ケア病棟入院料は、入院基本料等加算の一部を除き、基本診療料及び特掲診療料は包括となっている。しかし緩和という目的から入院される患者に対し痛みを除くことは必要不可欠であり、近年その方策は鎮痛剤のみならず、種々の方法が登場している。</p> <p>【要望内容】 患者の緩和により有効となるよう、特に痛みを起こす骨転移に対する放射線治療やゾレドロネート（ゾメタ）、消化器症状改善の酢酸オクトレオチド（サンドスタチン）など、特異的な症例に対する高額薬剤などの算定を別途評価するよう求める。</p>	見直し
5	医学管理料等 B009 診療情報提供料(Ⅰ)	算定基準の緩和	<p>【現状】 診療情報提供料の算定要件は、「1保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。」とされているが、緊急入院等された場合においては、実際、情報提供書を持参せずに入院となる場合がある。入院医療機関において、持参薬以外の処方内容や治療経過を必要とする場合があり、後日他医療機関より情報提供がなされる場合があり、その際情報提供医療機関では要件を満たさないため算定が出来ず、入院医療機関との話し合いとなる場合がある。</p> <p>【要望内容】 患者に、より安全で良質な医療を提供するためにはその情報提供が必要であると考え、要件の緩和もしくは新規項目（減点した新規要件の作成）を求める。</p>	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(最重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
6	リハビリ H000~H003 リハビリテーション 料	現行の早期加算(30日以内)に加え、起算日より1週間以内の「超早期加算」の新設	<p>【現状】 先の診療報酬改定にてリハビリテーション早期加算が実施され成果は着実にあがっているが、急性期医療におけるリハビリテーションの充実という点では未だ十分とはいえず、社会的要求には応えられていない。</p> <p>【要望内容】 急性期リハビリテーションの更なる充実を図るべく、現行の早期加算に加え、起算日より1週間のICU・CCUを含めたベッドサイドリハビリテーションについての「超早期加算」の新設を求める。</p>	新規
7	リハビリ H003-2 リハビリテーション 総合計画評価料	リハビリテーション総合計画評価料に係るリハビリテーション総合実施計画書の見直し(書式の緩和)	<p>【現状】 リハビリテーション総合計画評価料に係るリハビリテーション総合実施計画書の書式は医科点数表の解釈の「別紙様式23」「別紙様式23の2」「別紙様式23の3」又はこれに準じた様式となっている。しかし、医学的リハビリテーションは急性期、回復期、外来など患者ごとに異なり、また疾患ごとにリハビリテーションの評価や内容も異なる。</p> <p>【要望内容】 現行の様式は急性期リハビリテーション及び、外来リハビリテーションを受ける患者の中には適さない場合もあるため、リハビリテーション総合実施計画書の書式の見直しを求める。</p>	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(最重点要望項目)

番号	区分コード等	要 望 事 項	要 望 理 由 ・ 内 容	新規 ・ 見直し
8	手術 K 手術 その他	手術通則4に係る施設基準 届出要件項目の見直し	<p>【現状】 手術の通則4に係る施設基準の要件には、例えば「当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として10例以上実施した経験を有する医師の配置されていること」など必要症例数が設定されている項目がある。この場合、保険収載されている手技であるが当該施設基準の届出を行うまでの間に行う必要症例数にかかる手術費用については施設基準未取得であることから自費となり、混合診療の観点から一連の入院費用は全て自費となる。</p> <p>【要望内容】 自費として全額患者負担を求めることは患者側の負担に繋がり、当該手技の選択を狭めることが懸念されるため、必要症例数のみを満たさない場合に対して逡減された点数の新設を求める（必要症例数の届出をしている医療機関以外は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する）。</p>	見直し

【重点数望項目】

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
1	基本診療料 A000 初診料 A001 再診料	開業医と病院との診療報酬の差別化 (病院に高い設定を求める)	病院の医師ばかりが夜間休日診療の激務を強いられている。勤務医の疲弊を防ぐためにも病院の診療報酬を高く設定するよう求める。	見直し
2	基本診療料 その他 (紹介患者加算)	紹介患者加算の復活	紹介する側は診療情報提供料があるが、された側は無い。連携に関する点数はあるが、地域からより多くの病診連携を実施するため、紹介患者加算の復活を求める。	新規
3	入院基本料 A100 一般病棟入院基本料	重症度・看護必要度に対する評価の見直し	重症度・看護必要度が5点以上の患者1割以上の基準で入院基本料が設定されているが、2割・3割であっても入院基本料に差がないので、段階的に重点評価を求める。	見直し
4	入院基本料 A103 精神病棟入院基本料	総合病院における精神病棟入院基本料の評価 (一般病棟併設精神病棟入院基本料) (一般病棟併設精神病棟加算)等	総合病院における精神病棟は身体合併症、緩和ケア対応等単科の精神病院とは役割が全く異なっているにも拘わらず、入院基本料は同一となっており、総合病院特有の役割への評価は身体合併症管理加算、緩和ケア加算等診療報酬の加算としてのみ評価がなされている現状である。しかし、総合病院における精神病棟は一般病棟と同様の人的物的医療資源を投入しており、投入コストも大きいものとなっている。現状の低評価の入院基本料ではコスト回収も出来ないため、一般病棟と併設される精神病棟には入院基本料に一定の加算をプラスするか、別建ての入院基本料設定を求める。	新規

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
5	入院基本料 その他	平均在院日数算出の際に、生活保護法による医療扶助の患者も対象とすること	平均在院日数を算出するに当たって対象となる入院患者は、保険診療に係る入院患者となっているが、診療するにあたって他の患者となら変わらないため、生活保護法による医療扶助の患者も平均在院日数算出の対象とすることを求める。	見直し
6	入院基本料等加算 A200 総合入院体制加算	施設基準の緩和	外来を縮小する体制確保について 「イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、B009診療情報提供料(1)の注7の加算を算定する退院患者及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1カ月の総退院患者数のうち、4割以上である。」とされているが、定義を明確にし、算定しやすいように改正されることを求める。	見直し
	入院基本料等加算 A200 総合入院体制加算	施設基準の緩和	「全身麻酔の患者数が年800件以上」は、地方の中小病院では厳しいので「500件以上」とすることを求める。	見直し
7	入院基本料等加算 A204-2 臨床研修病院入院診療加算	点数見直し	臨床研修病院入院診療加算は基幹型で入院時のみ40点となっているが、指導医や研修医の数から再区分し、より適正な臨床研修を実施している医療機関への増点を求める。	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
8	入院基本料等加算 A207-3 急性期看護補助体制加算	施設基準要件の変更	一般病棟入院基本料7対1の施設基準では、救命救急入院料等を算定している病院においては看護必要度の要件は免除される。 しかし、急性期看護補助体制加算においては同様の場合に看護必要度が求められるので、整合性を持たせるために一般病棟入院基本料と同様に取り扱うことを求める。	見直し
9	入院基本料等加算 A214 看護補助加算	10対1入院基本料への拡大	入院患者への対応が看護師だけになると細かい部分で手薄となり、患者サービスの低下につながるため、10対1入院基本料まで拡大を求める。	見直し
10	入院基本料等加算 A232 がん診療連携拠点病院加算	がん診療連携拠点病院の要件の再評価(がん診療連携拠点病院加算)	紹介医より、がんが確定していたとしても紹介状には「疑い」と記載して紹介するケースが多く、算定数が伸びない。がん診療連携病院の再評価を求める。	見直し
	入院基本料等加算 A232 がん診療連携拠点病院加算	がん診療連携拠点病院加算の算定対象拡大	がん診療連携拠点病院加算については、現在、国の指定を受けた医療機関に限定されているところ。一方、国の基準に準じ同等の機能を有する病院として都道府県が認めた病院については算定対象とされていないことから、算定対象の拡大もしくは加算点数を区分設定し、同加算に準じる病院へ加算として評価を求める(例えば、算定対象患者等の要件は同加算に準じるものとし、入院初日に限り450点程度の加算)。	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
11	入院基本料等加算 A 233-2 栄養サポートチーム加算	栄養サポートチーム加算等のチーム医療に対する再評価	現行の点数では管理栄養士1人分の給与にさえ見合わない点数設定となっている。チーム医療を行うことで、在院日数の短縮など多方面にプラスになるため、さらなる評価を求める。	見直し
12	入院基本料等加算 A 234 医療安全対策加算	感染防止対策加算施設基準の新設(一部内容変更)	日本病院薬剤師会が認定している感染制御専門・認定薬剤師及び日本化学療法学会が認定している抗菌化学療法認定薬剤師は、専門的知識を活用しTDMを通じて、PK-PD理論などを活用し適正な抗菌薬の使用及びそのモニタリングを行い病院における感染対策に取り組んでいる。この現状をさらに推進するため、認定を取得した薬剤師が院内感染対策委員会やIGTで活動している場合に算定できる施設基準の新設を求める。	新規
	入院基本料等加算 A 234 医療安全対策加算	専任の感染管理認定看護師病棟配置加算の新設 1人10点(患者1人につき1日1回退院まで)	現在の感染防止対策加算は、院内に感染防止対策のチームを設置し、チームで行う業務を評価している。しかし現在のチームでの対策だけでは限界が生じており、様々な感染に対応することが困難になっているため、専任の感染認定看護師1名を病棟に配置し、感染防止に関する様々な事例に急速対応できる体制を評価する加算の新設を求める(なお、当該加算は、感染認定看護師配置病棟に限る)。	新規
13	入院基本料等加算 A 238 慢性期病棟等退院調整加算	退院調整加算の再評価	現在、入院時より退院に向けての視野を持ち、Dr・Ns・MSW・PSW・薬剤師・ケアマネージャーと連携し、在宅・施設への調整を図っているが、家族の高齢化や親族が遠方で調整に多くの時間を要しているため、評価の見直しを求める。	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
14	入院基本料等加算 A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算	施設基準の緩和	当該加算の算定には退院調整に係る業務の経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士を1名以上配置し、週30時間以上退院調整に係る業務に従事していることが必要である。しかし中小病院では専従職員の配置が困難であるが、NICU入院患者についての退院支援は必要であり、専任の職員等により退院支援のための計画を策定し、退院・転院にむけた支援をおこなっているのが現状である。中小病院においても、同加算の算定ができるような基準とすることを求める。	見直し
15	入院基本料等加算 その他 (各種加算の要件)	各種加算の要件の緩和	専任の看護師が「認定看護師又は専門看護師」というような要件は厳しい。また、研修受講が要件となっているにも拘わらず、研修会の開催頻度が少なく、開催地も限られているのは不合理であり、算定要件の緩和を求める。	見直し
16	特定入院料 A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	施設基準の緩和	当該加算の算定には保険医療機関内に、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ことが必要である。しかし中小病院では常時、常勤医師を確保することは困難である。NICUからハイリスク児を直接受け入れる後方病床のうち、新生児治療回復室(GCU)について、中小病院も評価されるような基準とすることを求める。	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
17	特定入院料 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟在院日数の拡大	リハビリ難民を出さないために、回復期リハビリテーション病棟在院日数の拡大を求める。	見直し
	特定入院料 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟対象者の拡大(入院までの期間の柔軟性)	発症から入院までの期間が2カ月と限定されている。しかし、脳炎や重症の頭部外傷、重症の脳卒中では合併症も多く、リハビリの効果が期待できる身体・精神状態になるまでに2カ月以上の期間が必要なケースも少なくない。重症例などは入院までの期間の制限緩和を求める。	見直し
	特定入院料 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	回復期リハビリテーションを要する状態(別表第九の三)の緩和	外科手術(開胸・開腹)後でなくとも、廃用症候群として回復期の対象となる患者は多い。肺炎等と記されているが、「等」の解釈が管轄により曖昧であるため、明確にすることを求める。	見直し
18	特定入院料 A310 緩和ケア病棟入院料	緩和ケア入院料の再評価	多職種チームで人件費がかかる、高額薬剤(ゾメタ・サンドスタチンなど)・医療用麻酔薬・輸血など血液製剤・放射線治療の負担が大きく、現行の診療報酬(1日3,780点)では評価が低すぎるため、再評価を求める。	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(重点要望項目)

番号	区分コード等	要 望 事 項	要 望 理 由 ・ 内 容	新規・見直し
19	医学管理料等 B001 特定疾患治療管理料 23 がん患者カウンセリング料	「患者1人に1回に限り」の 算定要件緩和	他医療機関ですでに算定されている患者に対して、再度実施した場合にも算定できるように、「1医療機関1回」に算定要件の緩和を求める。	見直し
	医学管理料等 B001 特定疾患治療管理料 23 がん患者カウンセリング料	点数の再評価、算定回数の 増加	がん患者カウンセリング料は患者1回（原発がんに対して）であるが、その後に患者からの精神面や治療に関する相談など数回実施することがある。1回では現状の業務に見合う評価とは言えないため、点数引き上げ、及び算定回数の増加を求める。	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
20	医学管理料等 B 001 特定疾患治療管理料・入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等	特別食加算食種の拡大及び栄養食事指導対象者基準の拡大(食物アレルギー食)	平成18年度の診療報酬改定時より、小児(9歳未満)の食物アレルギーに対する栄養食事指導料は算定可能となったが、アナフィラキシー等重篤な影響が出るのは、9歳未満に限ったものではない。また、患者の食事についても、個々のアレルギー物質を除去し、代替食品により栄養のバランスを考慮した食事の提供が必要となる。よって、①栄養食事指導対象基準の年齢制限の削除、②食物アレルギー食を特別食加算の対象とすることの2点を求める。	見直し
	医学管理料等 B 001 特定疾患治療管理料・入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等	特別食加算食種の拡大及び栄養食事指導対象食種の拡大(嚥下困難食)	摂食障害を伴う低栄養患者は多く存在し、摂食機能障害等患者に対する易嚥下食や嚥下困難食の提供は増加しており、個人対応を余儀なくされている。これら嚥下機能障害者(困難者)のための食事は機能回復のため訓練食(経管から経口への摂取移行のための必須条件)を含め食事療法は必須であり、栄養状態の改善・患者のQOL向上に繋がることから、特別食加算の対象とすることを求める。また、栄養食事指導料の算定が可能な食種とすることも求める。	見直し
21	医学管理料等 B 005-2 地域連携診療計画管理料	急性期病院からの自宅退院の評価	急性期病院退院後、回復期リハビリテーション病床を使用せず、直接自宅退院することは、早期の自宅復帰につながるものと思われるため、急性期病院から直接の自宅退院を推進するにあたり、病診連携による地域連携診療計画に対する評価を求める。	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
22	医学管理料等 B005-6-2 がん治療連携指導料	算定基準の明確化	当該指導料の算定基準は『がん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、(中略)計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する』とあるが、このたび長野県国保連合会より、計画策定病院において、届出申請前の退院で「がん治療連携計画策定料」を算定できなかった患者についても、その後、届出をして受理され、実際に計画書に基づいた治療が行われているのであれば、退院時に計画策定病院で「がん治療連携計画策定料」を算定していなくても、「がん治療連携指導料」を算定してもよいとの見解が示された。このような見解と点数表で提示されている算定条件との矛盾が見られることから、算定基準の明確化を求める。	見直し
23	医学管理料等 B009 診療情報提供料	紹介元への「報告書」の点数の新設	紹介患者の紹介元に対する報告書を複数回にわたり、紹介元に送付している。診療所等の報告書に対する要望として、①受診後の状態報告、②入院前の報告、③手術後の報告等がその都度求められる。医療連携を進めるためにも必要な業務であり、勤務医師の負担が大きくなっている要因の一つとなっている。診療情報提供料として、勤務医師の作成する報告書に対する評価を求める。	新規
24	在宅医療	同一日複数回の訪問をそれぞれ算定可とすること	当ステーションは利用者の希望により、同一日に看護とりハビリが関わるため、それぞれ算定可とすることを求める。	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
25	在宅医療 C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	リハビリテーションの指示有効期間の延長	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、訪問診療を実施する保険医療機関において医師の診察のあった日から1カ月以内に行われた場合に算定することとなっているが、生活期の在宅療養者には、必ずしも1カ月に一度の訪問診療を必要としない患者も多く存在する。内服薬処方等も長期処方が可能となっており、訪問リハビリ継続のためだけに訪問診療を月に一度実施することは不要な医療費が増えるだけでなく、患家の経済的負担も大きい。訪問看護ステーションから実施する訪問リハビリの指示有効期間は6カ月（最長）であることから、算定基準（期間）の延長を求める。	見直し
25	在宅医療 C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	患者一人の請求単位数上限の緩和または撤廃 〔現行：患者一人につき、6単位（退院の日から起算して3カ月以内の患者が週12単位）〕	退院直後からの3カ月に限り最大で週12単位請求できるが、それ以降または訪問リハを実施する病院・診療所以外の入院医療機関を退院した患者には、週6単位しか請求できない。入院期間中には日9単位の手厚いリハビリテーションが提供されているのに対し、退院後の訪問リハ提供機会は格段に減少する。これでは、在宅で身体機能を維持することは難しく退院直後から廃用症状が出現してもおかしくない。また、PT・OT・STの役割が明確に異なることも鑑みて必要な訪問が必要回数実施されることが必要と考えるため、患者一人の請求単位数上限の緩和または撤廃を求める。	見直し
27	在宅医療 C000～C003 在宅患者診療・指導料	施設基準の緩和	今後増加することが確実である重症者在宅医療を推進していくために、医師、看護師を始めとする人的資源が豊富な在宅療養支援病院における訪問診療の充実が必要である。さらに病院周囲には診療所が存在しても人口あたりの診療所が少ない地域においては在宅療養支援病院による訪問診療は貴重である。そこで在宅療養支援病院の施設基準、200床未満の病院あるいは半径4km以内に診療所が存在しない病院という条件を緩和し、特に200床以上の病院であっても在宅療養支援病院として重症患者等の訪問診療が可能となることを求める。	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
28	画像診断 E102 核医学診断	核医学診断料における他医療機関で撮影したフィルム等について診断した場合の評価	エックス線診断料については、一般画像フィルム、CT・MRIフィルムなど他医療機関で撮影したフィルム等についての診断料の算定が可能であるが、シンチグラム・PET等については算定できないため、初診日のみ当該項目を算定できる等、核医学診断料においても他医療機関撮影に対する写真診断料の算定の拡大を求める。	新規
29	画像診断	CT3D画像処理加算の新設	CT3D画像処理は、CT撮影後に医師や診療放射線技師が作成しているが、現在は平成22年の診療報酬改定時の冠動脈CT撮影の際に3D処理した場合のみ加算がある。CT3D画像処理ワークステーションによって得られる3D画像は診断・手術補助・血管撮影の代用など広範囲で提供されている。また、3D画像処理装置での作業時間は、30分から60分の時間を必要としており負担も大きい。担当者の専門的な知識と相応な技術が求められるものであり、加算による評価を求める。	新規
30	画像診断	認知症患者に対して、レントゲン撮影・CT撮影などを行った場合の所定点数への加算	現在、新生児又は3歳未満の乳幼児に対して撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ100分の30又は100分の15に相当する点数が加算されている。しかし、認知症患者の方に対して撮影を行う場合、同様の人手、時間等がかかる状況であるが、所定点数のままである。このため、認知症患者の方に対しても新生児等と同様の加算を求める。	新規
31	薬剤		混注業務など安全性の高さを求められる業務の評価を求める。 安全性を求められる管理業務について(混注、危険性の高い薬品管理等)の評価や新たな医薬品管理点数の整備を求める。	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
32	投薬 F500 調剤技術基本料	同一月内に処方箋の交付があっても算定可とする	時間外に受診し、院内処方を行い調剤技術基本料を算定していた患者が同月内に受診した際、処方箋を交付するという例が多く、その都度、初回受診時の調剤技術基本料分を返金しているが事務的にその処理が複雑となるため、同一月内に処方箋の交付があっても算定可とすることを求める。	見直し
33	リハビリ H000～H003 リハビリテーション料	リハビリテーション施設基準の見直し	現行の疾患別リハビリテーション料の施設基準は、施設の面積（脳血管Ⅰ：160㎡ 運動器Ⅰ：100㎡以上 呼吸器Ⅰ：100㎡など）がその要件となっているが、チーム医療促進のため、今後は病床当たりのリハセラピストの配置割合をもとに施設基準を設けることを求める。	見直し
34	リハビリ H001 脳血管疾患等リハビリテーション料	廃用症候群リハビリテーションの対象者見直し	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が、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求める。呼吸器リハビリテーションの対象患者として「食道がん、胃がん、肝臓がん、咽・喉頭がん等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者」とあり、原則上腹部がんが算定対象となっているが、年齢や患者の状態によっては、下腹部のがんにおいても呼吸機能訓練が必要なケースがあるかと思われるため、対象がん疾患について再検討を求める。	見直し
35	リハビリ H001 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ	廃用症候群の場合の評価	高齢者医療を主体としている病院にとって、廃用症候群の患者は6割と高い比率になっている。 廃用症候群の患者であっても現在のレベルを維持するためにはリハビリは不可欠であり、今後も良好なサービスが提供できるよう現行の算定が継続できることを求める。	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
36	リハビリ H004 摂食機能療法	摂食機能療法における、治療実施回数を1日3回を可能とする	現在摂食機能療法は1日1回実施出来るようになっているが、毎食実施することで早期の摂食機能の回復を図れると考える。 また、早期の摂食機能の回復により在宅復帰をしやすくなり、患者のQOLを上げることが出来るため、摂食機能療法における1日あたりの治療実施回数を3回とすることを求める。	見直し
37	リハビリ H006 難病患者リハビリテーション料	難病患者リハビリテーション料に規定する疾患の追加	左記にミトコンドリア病を追加することを求める。	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
38	リハビリ H007-2 がん患者リハビリテーション料	算定要件の緩和	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求める。	見直し
	リハビリ H007-2 がん患者リハビリテーション料	算定要件の緩和	所定の研修が年間6回、1回あたり30施設程度と少なく、施設基準を届出できない医療機関が多い。がん医療のさらなる向上のためにも所定の研修要件の緩和を求める。	見直し
	リハビリ H007-2 がん患者リハビリテーション料	算定要件の緩和	がん患者リハビリテーション料の算定要件として、「がん患者リハビリテーションに関する適切な研修を終了した、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士」とあり、同じ施設のセラピストであっても、研修を受けていなければ算定できないことになっている。研修は、一施設から4名（医師、看護師、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士）に限定され、かつ、研修の機会も非常に限定されているため、多くのセラピストは受講できない現状にある。がんのリハビリテーションの普及のためにも、受講者個人でなく、施設として算定できるように求める。	見直し
39	リハビリ その他	転倒予防対策加算の新設	医療事故で最も多くみられるのが院内での転倒転落事故である。転倒により頸部骨折等の外傷やADL要介護状態に陥るケースも多くみられ、医療・介護費用削減の面からも喫緊の対策が必要である。転倒予防のための専任スタッフの配置やリスク評価の基準を作成し転倒予防対策加算が算定できるように求める。	新規

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望事項(重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
40	手術 K 手術料 通則1 同一日の手術	同一日の同種2回以上手術の要件緩和	「同種の手術」の定義がはっきりせず、例えばIABP挿入数時間後にCABG等を行った場合も該当となってしまう。 定義(対象手術)を明文化するとともに、非該当手術も明文化されることを求める。	見直し
41	麻酔 L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	計算方法の簡素化	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の計算方法が複雑すぎるので簡素化を求める。	見直し

【精神科最重点要望項目】

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望書(精神科に係る最重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
1	医学管理等	精神科多職種チーム訪問管理料の新設	地域及び在宅での精神科医療を推進することは喫緊の課題である。そのためには受診する意思のない患者や、病状の悪化した患者に対してのアウトリーチ・サービスが不可欠である。訪問看護だけでは十分でない患者については、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等、薬剤師、栄養士、心理専門技術職等の多職種が3名以上のチームを組んで訪問することが必要となるため、当該管理料の新設を求める(点数の目安は1回5,000点、月2回まで。医師を含む場合はさらに1,000点増点)。	新規
2	特定入院料	児童・思春期精神科専門病棟入院料の新設	児童・思春期精神科専門病棟を運営している医療機関は全国で20施設程度しかないが、この数年の間に3つの医療機関が不採算性等の理由から廃止された。子どもの精神障害の発症予防、早期発見・早期治療への寄与の観点からも児童・思春期精神科専門病棟入院料の新設を求める(1日4,000点)。	新規
3	精神科専門療法 I002	児童通院・在宅精神療法加算の新設(あるいは見直し)	現行20歳未満の患者に対して初診の日から1年以内に限り200点の加算が認められているが、16歳未満の患者については、学校や児童相談所との連携についての手当は皆無であり、また、親教育に関しても全く手当がなされていない。このことから16歳未満の患者に限り、1回300点、3年間の加算の新設を求める(ただし、当該加算を算定するためには、児童精神科を標榜していること、精神保健指定医であること、及び初診患者の5割以上が16歳未満であることを条件とする。当該加算の新設を激増する精神科クリニックの差別化の手始めとすることが望まれる)。	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望書(精神科に係る最重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
4	入院基本料等加算	精神科慢性重症患者入院医療管理加算(1日につき300点)の新設	急性期医療や地域生活支援の進展にも拘わらず、治療抵抗性で手厚い治療を要する患者群が残存することは周知の事実であるが、診療報酬上の手当が皆無であるため、当該加算の新設を求める(病棟の看護配置が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現在も措置入院中であるか、または今回の入院経過の中で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)。	新規
5	入院基本料等加算	A100 コンサルテーション・リエゾン・チーム(CLT)診療加算の新設	一般病棟に入院する患者のうち、身体症状以外に、不安、抑うつ、せん妄、認知症のBPSDなどの精神症状を持つ患者に対して、患者あるいは家族の同意に基づき、精神症状緩和に係る専従チーム(コンサルテーション・リエゾン・チーム)による診療が行われた場合に一般病棟入院基本料に加算することを求める(週1回2,000点)。	新規
6	特定入院料	A311 精神科救急入院料Ⅰの新設	入院早期からの在宅への移行支援の更なる推進、入院早期の更なる評価の観点から、現行の3カ月以内を2カ月以内に短縮したうえで、入院2週間以内の期間は1日5,000点、6週間以内は同4,000点、12週間以内は同3,000点とする精神科救急入院料Ⅰの新設を求める(ただし、全国共通のClinical Indicatorや急性期ケアマネジメントなど、医療の質の向上を図るためのプログラムを採用することを条件とする。現行の精神科救急入院料はⅡとして残す)。	新規
7	入院基本料等加算	A230-2 精神科に関連した著しく合理性を欠く項目の見直し ① 精神科地域移行実施加算について	現在、13対1精神病棟入院基本料を算定している病院が除外されているが、合理的理由が全くないので、13対1を含めることを求める。	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望書(精神科に係る最重点要望項目)

番号	区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
8	入院基本料等加算 A233-2	精神科に関連した著しく合理性を欠く項目の見直し ② 栄養サポートチーム加算について	精神病棟は算定対象外だが、一般病棟と等しく適用されることを求める。	見直し
9	入院基本料等加算 A200	精神科に関連した著しく合理性を欠く項目の見直し ③ 総合入院体制加算について	精神病棟は算定対象外だが、一般病棟と等しく適用されることを求める。	見直し
10	入院基本料等加算 A231-3	精神科に関連した著しく合理性を欠く項目の見直し ④ 重度アルコール依存症入院医療管理加算について	アルコール依存症以上に難しい薬物依存症についても算定を可能とし、30日以内300点、31日以上60日以内200点に増点することを求める。	見直し
11	特定入院料 A311	精神科に関連した著しく合理性を欠く項目の見直し ⑤ 精神科救急入院料について	一般病院からの転院患者についても、初回入院として算定可能とすることを求める。	見直し

日本病院会・平成24年度診療報酬改定に係る要望書(精神科に係る最重点要望項目)

番号		区分コード等	要望事項	要望理由・内容	新規・見直し
12	特定入院料	A311-3	精神科に関連した著しく合理性を欠く項目の見直し⑥ 精神科救急・合併症入院料について	精神科病院からの身体合併症による転院患者及び院内でICU等に転棟し、その後精神科棟に再転入した患者も算定可能とする。また、紹介元の精神科病院への退院を在宅移行に含めることを求める。	見直し
13	基本診療料	A311-3 A230-3	精神科に関連した著しく合理性を欠く項目の見直し⑦ 精神科救急・合併症入院料及び精神科身体合併症管理加算について	対象疾患に精神科病院からの転院の場合に限り、悪性腫瘍の疑いを含めること、及び対象疾患の中に、肺梗塞、気胸、膿胸、血胸、解離性大動脈瘤、重度の褥瘡、重症貧血、深部静脈血栓症を含めることを求める。	見直し
14	入院基本料等加算	A230-3	精神科に関連した著しく合理性を欠く項目の見直し⑧ 精神科身体合併症管理加算について	算定期間を7日から14日に延長し、300点増点を求める。	見直し
15	精神科専門療法	I007	精神科に関連した著しく合理性を欠く項目の見直し⑨ 精神科作業療法について	精神科における作業療法は、従来の集団的形態から個別的形態へとシフトしており、精神科作業療法を一般科の作業療法から区別する意味が乏しくなっているため、一般科のリハビリテーション料の中に位置づけることを求める。	見直し