

日病会発第 21 号

2019 年 4 月 26 日

厚生労働省

保険局長 樽見 英樹 殿

一般社団法人 日本病院会
会 長 相澤 孝夫



2020 年度診療報酬改定に係る要望書

2018 年度診療報酬改定における全体の改定率は、2016 年度に続きマイナス改定となった。2018 年度の 3 団体合同（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会）の病院経営定期調査によれば、医業利益、経常利益ともに赤字額が拡大しており、診療報酬改定の影響は大きいとの集計結果であった。本調査は、改定後間もなくの調査であり、経過措置などへの対応がなされていない時点であるため、より正確な影響度については医療経済実態調査などの結果を待つ必要があるものの、ほぼ同一の傾向が出されると想定される。

一方、将来の少子超高齢社会へ向けて、機能分化と強化は避けて通れない道筋であると認識しており、日本病院会としても変えるべきところは変えるとの方針のもと、社会状況に応じた医療提供体制の構築は必須と考えている。2018 年度診療報酬改定では、長期的な視点を勘案した入院医療の評価体系の見直しが行われ、また、昨年 6 月に開催された社会保障審議会では、2040 年を見据えた社会保障の将来の見通しが示される等、今後、各医療機関は、中長期的な展望を含め地域性を考慮した様々な選択が必要になるものと考えられる。変えるべきところは変えつつも、これまでのわが国の良質な医療レベルを保つためにも、守るべきところは守れるような診療報酬体系であることが望ましい。

2020 年度診療報酬改定へ向けて、日本病院会の診療報酬検討委員会において会員からの診療報酬改定への意見を募り、上記の観点からこれらを集約した。今後も健全な医療提供体制を確保しつつ、発展させるため、以下を要望する。

2020 年度診療報酬改定要望書（概要版）

以下は、要望項目一覧から重点項目を抜粋し、要望内容については要点のみを記した概要である。

2018 年 4 月 25 日に示された平成 30 年度診療報酬改定答申付帯意見に出来るだけ対応して列記した。

なお、精神科医療についての要望は別途に纏めた。

今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等（救急医療に関する評価を含む。）に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討していただきたい。

【I. 入院医療】

○ 入院料等

- 1) 筋ジストロフィー患者・難病患者へのケアの担保や患者に対するケアの維持には、疾患の特殊性から合併症対策や療養支援が必要であるため、ケアを早期に終了させて、一定の在宅復帰率を維持できている病棟を評価することを要望する。（I-2）。

○ 入院基本料等加算

- 1) 昨今の診療情報管理室の役割を鑑みて、診療録管理体制加算の算定要件の見直しを要望する（I-5）。
- 2) 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算について、発症の年齢に拘わらず患者状態を算定対象とすることを要望する（I-6）。

○ 特定入院料

- 1) 回復期リハビリテーション入院料の対象疾患の見直しを要望する。また、回復期リハビリテーションを要する状態については、重症度も加味した算定日数上限が設定されることを要望する（I-9）。

○ 該当以外

- 1) 一入院一期間と取り扱うものと、一入院であっても月単位で取り扱うものがあり、治療計画に影響を及ぼすものについては見直しを要望する（I-20）。

常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討していただきたい。また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進していただきたい。

【I. 入院医療】

- 入院基本料
 - 1) 入退院支援加算・入院時支援加算において、切れ目のない支援と早期の退院支援をするうえでも、算定要件の見直しを要望する（I-26）。
- 特定入院料
 - 1) ハイケアユニット入院医療管理料において、「専任の常勤医師が常時 1 名以上」との規定を、「専任の医師が常時 1 名以上」へ変更（非常勤医でも可）を要望する（I-27）。
 - 2) 総合周産期特定集中治療室管理料（母体胎児集中治療室管理料）において、MFICU（母体・胎児集中治療室）と隣接する産科一般病棟との当直兼務を可能とすることを要望する（I-28）。
- 手術、麻酔
 - 1) 休日・深夜・時間外加算において、「当直などを行った日が年 12 回以内であること」とあるが、診療科全体で年 12 回の免除を、回数を増やすか医師あたりに変更することを要望する（I-29）。

【V. ICT】

- 1) 患者に説明を行なう場合“文書”を必要とされているものが多数ある。説明を要するものには“文書”を必須とせず、電子媒体による説明及び電子署名でも可とすることを要望する（V-1）。

【VI. 調剤】

- 1) 患者の処方内容について、各病院、各薬局での情報収集ではなく、一元的に処方薬剤が確認できる仕組みの構築推進するため、外来部門の薬剤師配置に対する診療報酬上の評価を要望する（VI-2）。

外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料等の見直しをしていただきたい。また、かかりつけ医機能を有する医療機関の新たな評価等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討していただきたい。

【Ⅱ. 外来医療】

- 1) 初・再診料において、同一日の受診であっても、それぞれの科の専門医が診療する場合は、すべての科で診察料を算定できるようにすることを要望する。また、その際には2科目以降を減算しないこととされたい。(Ⅱ-1)。
- 2) がん化学療法患者への総合的な医学管理を実践するためには、がん専門看護師、がん認定看護師、がん専門薬剤師などによる総合的な医学管理体制について評価することを要望する(Ⅱ-6)。
- 3) 救急搬送時の看護師同乗に関する加算の新設を要望する(Ⅱ-9)。

【Ⅶ. その他】

- 1) 化学療法や放射線治療中のがん患者に対する栄養指導を行なった場合の診療報酬の新設を要望する(Ⅶ-3)。
- 2) 画像診断管理加算 2 及び 3 の施設基準に、「当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも 8 割以上の読影結果が遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること」とあるが「翌診療日」ではなく、「3 日以内」程度に延長されることを要望する(Ⅶ-5)。
- 3) 救急医療体制の確保のため、関係する診療報酬項目の見直しを要望する(Ⅶ-7)。

かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討していただきたい。

【Ⅱ. 外来医療】

- 1) 退院後訪問指導料を算定できる職種の拡大を要望する(Ⅱ-13)。
- 2) 人工呼吸器を必要とする在宅患者に対して、人工呼吸器ケアに係る専門の研修を受けた看護師が訪問し、呼吸管理について看護又は療養上必要な指導を行った場合も保険診療点数として評価するよう見直しを要望する(Ⅲ-1)。

調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進していただきたい。

【IV. DPC】

- 1) 入院期間中に診断群分類がDPCから出来高請求に分岐が変更になった場合、入院初日より出来高請求となるが、DPC変更時の月内での調整とすることを要望する(IV-1)。
- 2) 高額薬剤を使用した場合のDPCでの取扱い方法の発表を薬価収載と同時に行うことを要望する(IV-2)。
- 3) DPC対象病院入院中に他医療機関に受診の場合も、健康保険を使用できるように見直しを要望する(IV-5)。

なお、診療報酬明細書の審査の適正化や見える化を考慮し、審査支払機関における査定や審査方法に出来るだけ差異が生じないように疑義解釈の通知等の医療保険関連通知の迅速かつ、きめ細やかな更なる対応を要望する。

通番	分類	区分コード等	要 望 事 項	要 望 内 容 ・ 理 由	新規	見直し
<p>今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等（救急医療に関する評価を含む。）に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。</p>						
I-1	90：入院料等	A100 一般病棟入院基本料	看護必要度の見直し	<p>○「重症度、医療・看護必要度」の評価項目に、C項目が追加されたが、「同一疾患に起因した一連の再手術の場合は、初回の手術のみ評価の対象とすること。」とされているが、再手術後の患者であっても、看護師の患者に対する療養上の世話をしないわけではないため、「同一入院中に複数の手術等を実施し、実施日が異なる場合には、それぞれの手術日から起算して評価が可能であるものであること。」すなわち、一旦退院し再度入院した場合は評価の対象となるもの（2016年6月14日付事務連絡 疑義解釈（その4）問1の答）と同様の取扱いとすることを要望する。</p> <p>○前回の診療報酬改定で「認知」は評価されたが、急性期病院の評価として「救急搬送後の入院」だけでなく「予定外入院」も同日に何らかの条件を満たせば評価対象にするような評価項目の見直しを要望する。</p>		○
I-2	90：入院料等	A106 障害者施設等入院基本料	点数の見直し（増点・減点） 項目設定の見直し	<p>○日本慢性期医療協会の加盟病院を対象にした調査において、筋ジストロフィー・難病群、重度の障害群、重度の意識障害群を群別比較した結果、筋ジストロフィー・難病群のみ利益額がマイナスになると報告されている。すなわち、筋ジストロフィー・難病患者を多く受入れている病棟ほど他の障害を多く受け入れている病棟より利益額が低くなる。その結果、入院患者層の違いにより、採算性の確保のために、人件費を削るか、もしくはこれらの患者の入院対応を一定数以下に抑えるかという経営判断を強いられる。現状の診療報酬制度では、筋ジス・難病患者を一定数以上受入れていることへの経済的評価はなく、それらの患者の療養環境の向上を図るため、手厚い人員配置を敷いても、児童福祉法で規定された施設でない限り、最も点数の高い7対1入院基本料を算定することはできない。筋ジストロフィー・難病患者へのケアの担保という観点から、それらの患者を一定数以上受入れている病院に対して、診療報酬の見直しを要望する。</p> <p>○わが国の医療情勢を鑑みると、総合的な医療費の抑制の観点も重要であると考えられるため、「筋ジストロフィー・難病患者を一定数以上受入れている」ともと従来の施設基準を満たすものとの間に段階を設けた評価とし、総合的な医療費の抑制も兼ねる。また、社会医療診療行為別統計(27年6月審査分)の結果では、障害者施設等入院基本料の算定数のうち約68%が10対1入院基本料であるため、多くの患者を受入れている10対1算定病院を対象に含めることを要望する。</p> <p>また、受入れる数が多いほど利益額が低下するため、一定数以上の受入れを抑えるという経営判断を余儀なくされている。従って、筋ジストロフィー患者・難病患者へのケアの担保や患者に対するケアの維持には、疾患の特殊性から合併症対策や療養支援が必要であるため、ケアを早期に終了させて、一定の在宅復帰率を維持できている病棟を評価することを要望する。</p> <p>（見直し前）1,329点(10対1入院基本料) （見直し後） ①1,279点/日(筋ジス・難病、重度の意識障害・肢体不自由を概ね7割以上入院させるもの) ②1,546点/日(筋ジス・難病患者のみを一定割合以上入院させるもの) ③50点/日(レスパイトケア加算(仮称))</p>		○
I-3	90：入院料等	ADL維持向上等体制加算	算定要件の見直し	<p>○ADL維持向上等体制加算は患者1人につき入院した日から起算して14日間算定できる。ただし、疾患別リハビリテーションを算定した場合は、当該療法を開始した日から当該加算を算定できないとされている。療法士が中心に行う、脳血管リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等の個別介入を行った場合は算定できないことは理解できるが、摂食機能療法を実施した時点でもADL維持向上等体制加算の算定ができない。摂食機能療法は看護師も含めた他職種で算定することができるため、摂食機能療法を算定した場合に除外とすることを要望する。</p>		○
I-4	90：入院基本料等加算	A200 総合入院体制加算	対象病棟の拡大 施設基準の見直し	<p>○放射線治療機器の入れ替え時における年間放射線件数の見直しを要望する。放射線治療機器については、耐用年数による入れ替え時期が発生する。入れ替えに際しては高額な費用（億単位）を要するが、この間に放射線治療件数が満たされずに収入が減ってしまうことで更に病院経営の悪化を招く。については年間治療件数4000件については、機器更新前1年間や機器更新後1年間の実績等などの条件の見直しを要望する。</p>		○
I-5	90：入院基本料等加算	A207 診療録管理体制加算	算定要件の見直し 点数の見直し	<p>○昨今の診療情報管理室の役割を鑑みて、有資格者を必須にするべきではないかと思い、見直しを要望する。</p>		○

入院医療

入院医療	通番	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し
	I-6	90：入院基本料等加算	A212 超重症児（者）入院診療加算・準 超重症児（者）入院診療加算	算定要件の拡大	○15歳未満に発症したことを医学的に特定することは困難であり、また、小児よりも成人患者の方が介護力に乏しいケースが多く、かつ手間がかかると考えられるため、発症の年齢に拘わらず多くの人手間を要する患者状態を算定対象とすることを要望する。		○
	I-7	90：入院基本料等加算	A224 無菌治療室管理加算	算定要件の見直し	○白血病等の患者等入退院を繰り返すケースで入院期間が通算された結果、入室していても点数が算定できないケースが見受けられる。無菌治療室の基準を満たしており、同条件の医療提供をされていて算定できないことは、1入室期間の長期在室で日数超過することとは異なったものと考えるので、一入院毎に90日の算定限度を設けることという見直しを要望する。		○
	I-8	90：入院基本料等加算	A233-2 栄養サポートチーム加算	対象病棟の拡大	○回復期リハビリテーション病棟入院基本料(A308)・障害者施設等入院基本料病棟(A106)での栄養管理の重要性を考えると、チームでみていく事が有効であるため算定対象病棟の拡大を要望する。		○
	I-9	92：特定入院料	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	施設基準の見直し 対象疾患の拡大	○回復期リハビリテーションを要する状態については、疾患（術後）により算定上限日数が設定されているが、重症度が高い場合、算定日数上限以上の入院リハビリテーションを要することがある。重症度も加味した算定日数上限が設定されることを要望する。 ○回復期リハビリテーション入院料の対象患者について、透析患者は透析以外の患者と比較し、リハビリの成果が出にくい傾向がある。合併症を抱えた患者等、併存疾患での重症度のレベルでの点数の評価を要望する。 ○回復期リハビリテーション病棟入院を要する状態の拡大を要望する（パーキンソン病、ギランバレー、ALS、てんかん、悪性疾患等）		○
	I-10	92：特定入院料	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	包括からの除外	○抗がん剤治療、神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）（L100）、退院前訪問指導料（B007）、退院時リハビリテーション指導料（B006-3）などを包括から除外することを要望する。 ○包括外算定点数の要望項目として、回復期病床でも対応可能と考えられる局所麻酔下で実施可能な手術項目、心臓カテーテル法などの高額検査項目の追加を要望する。		○
	I-11	92：特定入院料	A308-3 地域包括ケア病棟入院料	算定要件の見直し	○入院患者が救急治療目的で転院となった場合は在宅復帰率より除外することを要望する。		○
	I-12	40：処置	胸膜癒着術	新規項目またはDPCの評価	○気胸や胸膜炎等に対し接着剤（ユニタルク、ピシバニール等）を用いて胸膜癒着術を行うことがあるが、現時点で処置や手術で算定する項目がない。技術料の新規収載か、DPC点数「手術処置等1、2」の評価を要望する。	○	
	I-13	50：手術、麻酔	通則17 周術期口腔機能管理後手術加算	対象手術の拡大	○現在の対象手術の他にも、侵襲の大きい手術は当該加算の対象とするよう、対象手術の要件拡大を要望する。		○
	I-14	50：手術、麻酔	K142 脊椎固定術	加算点数の追加	○脊椎固定術において、腸骨から採取した骨髓液を局所骨（手術部位の骨）と混ぜて骨移植した場合、「自家骨移植術」の定義に該当しないとみなされ算定不可となっている。従って当該Kコードの中に新たな加算点数を追加する等、見直しを要望する。		○
I-15	50：手術、麻酔	K476 乳腺悪性腫瘍手術 乳癌センチネルリンパ節加算	算定要件の見直し	○医学は進歩しており、今は全ての症例において術中迅速が必要なわけではない。温存療法において転移が2個以下かつ放射線療法を予定している場合に、術中迅速を実施せず、術後永久標本でしっかり病理診断をしている。しかし審査機関からは術中迅速病理診断を行わない場合のセンチネルリンパ節加算が認められていないため、術中迅速病理標本作成を実施しない場合のセンチネルリンパ節加算の保険請求可能とするよう見直しを要望する。		○	
I-16	50：手術、麻酔	K643 後腹膜悪性腫瘍手術	診療報酬の見直し	○当手術は、骨盤内における操作が多く、隣接臓器を合併切除する機会が多いため手術の難易度が非常に高い。K645 骨盤内臓全摘術が120,980点と、同じぐらいの評価があっても良いのではないかと考えるため、医科点数の増点を要望する。 症例の殆どが紹介元の病院で「手術不能」と診断された症例である。その理由は、骨盤内を広範囲に占拠しており、骨盤内臓器全摘術になる症例が多いからである。また多くは悪性脂肪肉腫であり、抗癌剤など内科的治療には全く奏功せず、唯一の治療として外科治療があるのみであり、その意味においても医科点数の増点は妥当と判断する。		○	

入院医療

通番	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し
I-17	50：手術、麻酔	大動脈遮断術	診療報酬の新設	○経皮的ではなく、開腹時に大動脈遮断を行った場合の手技の新設を要望する。	○	
I-18	50：手術、麻酔		複数手術に係る費用算定範囲の拡充	○「腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術と腹腔鏡下肝切除術」等、「腹腔鏡＋腹腔鏡」を併施した場合での、複数手術に係る費用の特例となる範囲を拡充するよう要望する。低侵襲である「腹腔鏡＋腹腔鏡」の併施を行う例が増加しており、提供する医療も高度なものとなっているが、併施での費用算定が認められていないケースがあるため、複数手術に係る費用の特例範囲を拡充頂きたい。		○
I-19	50：手術、麻酔	K685 内視鏡的胆道結石除去術 K687 内視鏡的乳頭切開術	算定要件の見直し	○ERCP関連手技に関して必要に応じて独立して算定すべきものとするを要望する。 総胆管結石、胆管炎の症例について、緊急でERCPを施行し、乳頭切開術を行ったものの全身状態が悪い場合が多く、NBDを留置して一旦終了する。数日後に全身状態の改善を受けて、胆管内の多数の結石を順次処理し、胆管炎の憎悪予防に際し、NBDを留置して終了する。以上の中で、保険点数が認められるのは、初回の乳頭切開術だけであり、結石除去やNBDに関しての算定は認められていない。これは関連治療手技が同一期間として扱われるためである。しかしながら、ERCP関連手技は医療安全の観点から、死亡リスクが高く、看護体制の人的投資や生体モニターなどの投資も必要であり、実際の医療資源の投入も非常に多い。これらが、一連のものとして初回の手技のみで処理される現状は実情にそぐわない。ERCP関連手技は、長足の進歩をとげており、従前たる体制では、十分な診療を提供できない。さらには、多数のガイドワイヤーも実際に使用し、安全を担保しているものの、そのガイドワイヤーも算定は認められていない。		○
I-20	該当以外		診療報酬制度と各種保険制度の整合性	○一入院一期間と取り扱うものと、一入院であっても月単位で取り扱うものがあり、治療計画に影響を及ぼすものについては見直しを要望する。 例えば、高額療養費については、月単位の請求となることから、患者側は月末の手術を拒むなどの影響が出てきている。効率的な医療を提供する上で、365日平準的な医療提供がなされるような各種保険制度との整合性を図りたい。		○
I-21	該当以外	入院時食事療養費	特別食加算	○特別食の算定要件の1つに、「無菌治療室管理加算を算定している患者」とあるが、無菌治療室管理加算は、算定上限が90日を限度とされているが、患者の病態により90日を超えて無菌治療室に入室している場合、無菌治療室管理加算の算定はできないが、それと合わせて特別食も算定できなくなるため、無菌治療室管理加算の算定有無に関わらず、特別食が算定可能となることを要望する。 ○嚥下に配慮し必要栄養量を提供するには、高度な技術、手間、材料を要するため、これら食事（嚥下食）を特別食加算とするよう要望する。		○
向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。						
I-22	90：入院基本料等加算	A244 病棟薬剤業務実施加算	施設基準の見直し 対象病棟の拡大	○「病棟薬剤業務実施加算2」の対象外病棟である「ハイケアユニット入院医療管理料」や「小児入院医療管理料」について、この加算対象とすることを要望する。		○
常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。						
I-23	90：入院基本料等加算	A207-2 医師事務作業補助体制加算	算定要件の見直し 診療報酬区分の新設	○医師事務作業補助体制加算について、医師の負担軽減を一層推進する観点から、点数の引上げを要望する。	○	○
I-24	90：入院基本料等加算	A213 看護配置加算 A214 看護補助加算	対象病棟の拡大	○療養病棟も自宅等や急性期医療を担う一般病棟より早期に患者を受入れており、医師、看護の負担が増している。その負担軽減を目的として療養病棟も算定の対象となりうるよう施設基準の算定要件見直しを要望する。		○
I-25	90：入院基本料等加算	A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	施設基準の見直し	○褥瘡管理者として専従で看護師を配置する事が要件になっているが、現場の実態に合わない為、専任要件とすることを要望する。		○

	通番	分類	区分コード等	要 望 事 項	要 望 内 容 ・ 理 由	新規	見直し	
	入院医療	I-26	90：入院基本料等加算	A246 入退院支援加算 入院時支援加算 地域連携診療計画加算	診療報酬の見直し 算定要件の見直し 施設基準の見直し	○入院早期から退院後の切れ目ない支援を評価することを2018年改定で名称変更され、入院前から支援を行えるようになったが、自宅等から入院するものに限定されている。切れ目のない支援と早期の退院支援をするうえで、他医療機関からの転院患者も対象とするよう算定要件の見直しを要望する。 ○入院時支援加算は、入退院支援を行うべき患者は緊急入院患者が多いことから、緊急入院であっても入院当初に療養支援計画が立てられた場合には算定できるよう要望する。 ○看護師・社会福祉士の病棟配置基準がフルタイムの常勤であるが、子育て世代を考慮し1日6時間の時短勤務者（パート含む）も可能とするよう要望する。 ○入院前に時間をかけて患者の状態把握に努めているが、退院困難者である入退院支援加算を算定した患者のみ算定できていることになっている為、実態と合わない。入退院支援加算・入院時支援加算それぞれ単独で算定できることを要望する。		○
I-27		92：特定入院料	A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	専任医の要件見直し 算定要件の見直し	○「専任の常勤医師が常時1名以上」との規定を、「専任の医師が常時1名以上」へ変更（非常勤医でも可）を要望する。非常勤医の活用は必須であるため常勤換算でも認めてもらえるよう見直しを要望する。		○	
I-28		92：特定入院料	A303 総合周産期特定集中治療室管理料 （母体胎児集中治療室管理料）	医師要件（当直）の見直し	ONICU（新生児特定集中治療室）とGCU（新生児回復室）については、隣接する場合に同じ医師が当直を兼務することは認められている。 産科においても、MFICU（母体・胎児集中治療室）と隣接する産科一般病棟との当直兼務を可能とすることを要望する。 産科医が全国的に不足する中、新生児科医と同様の基準見直しを要望する。		○	
I-29		50：手術、麻酔	処置通則5 手術通則12 休日・深夜・時間外加算	施設基準の見直し 【日本外科学会より要望提出予定】	○当直などを行った日が年12回以内であることとあるが、診療科全体で年12回の免除を、回数を増やすか医師あたりに変更することを要望する。 ○対象から第一助手を外して術者のみとすることを要望する。 ○入院中、緊急で手術を行う場合、休日・深夜のみの加算しか認められておらず、時間外に行った場合でも定時手術と同じ扱いである。緊急手術を行える体制を組んでいる病院を評価し、時間外の緊急手術にも加算を要望する。		○	
「薬価制度の抜本改革について 骨子」に基づき、薬価制度の抜本改革による関係者への影響を検証した上で、必要な対応について引き続き検討すること。また、基礎的医薬品への対応の在り方について引き続き検討すること。								
I-30	90：入院料等	A101 療養病棟入院基本料	包括からの除外	○疼痛コントロールのための医療用麻薬のみが出来高扱いになっているが、トラマールOD錠などの「劇薬」を使用している患者の受入れの妨げになっていることもあり、同様に出来高扱いにすることを要望する。又、ゾメタ点滴静注用4mgも同様な状況があり、包括から除外することを要望する。			○	
外来医療	外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の新たな評価等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。							
	II-1	11：初・再診	A000 初診料 A001 再診料 A002 外来診療料	算定要件の拡大 加算の新設	○同一日の受診であっても、それぞれの科の専門医が診療する場合（もしくは受診傷病に関連がない場合）は、すべての科で診察料を算定できるようにすることを要望する。また、その際には2科目以降を減算しないこととされたい。		○	
II-2	11：初・再診	A001 再診料 時間外対応加算 電話再診料	診療報酬の見直し	○時間外対応加算は診療所で算定できていることになっているが、病院においても時間外におけるかかりつけ患者からの問い合わせは多いため、かかりつけ医機能を有する病院（許可病床200床未満）においても算定可能とするよう見直しを要望する。 ○200床以上の医療機関では電話再診料が算定できないが、電話による照会が多く抗癌剤の服用についてや副作用、化学療法後の体調の変化など、がん患者からの電話による相談が多く、医師や看護師、薬剤師などスタッフの対応時間も多く費やしているため算定要件の拡大を要望する。			○	

外来医療	通番	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し
	Ⅱ-3	11：初・再診		地域包括システムの評価	○地域住民による受診相談及びかかりつけ患者からの受診相談について、病診連携、機能分担、医療の効率化などを目的に専任の看護師、社会福祉士等を配置し、地域包括ケアシステムの実現に向けた役割を果たしている医療体制への受診相談等の体制及び指導・管理に対する評価を要望する。	○	
	Ⅱ-4	13：医学管理料等	B001-2-7 外来リハビリテーション診療料	勤務医負担軽減	○疾患別リハビリ実施毎にリハビリテーションスタッフとカンファレンスを行い診療録に記載することが求められているが、多忙な外来診療の合間にカンファレンスを行うことは勤務医の負担を大きくしており、外来勤務時間を延長している。カンファレンスだけではなく「疾患別リハ実施内容を診療録上で確認し医師が診療録に記載すること」とするよう見直しを要望する。		○
	Ⅱ-5	13：医学管理料等	B001-9 療養・就労両立支援指導料	算定要件の見直し	○産業医とあるが、産業医を持たない企業（労働者数50人未満の中小規模の企業）もあり、主治医の判断の下、就労判断を行い、治療計画を企業の担当と協議するものに対しても算定可能とするよう見直しを要望する。		○
	Ⅱ-6	13：医学管理料等		化学療法管理体制への評価	○外来化学療法患者については、患者の状態を日々把握し電話及び在宅を訪問などによる、総合的な医学管理が必要である。しかしながら、外来での指導管理については外来化学療法加算としての基準があるものの、日々の総合的な医学管理については評価されていない。外来化学療法患者が安全で効果的な治療を継続するためには、医師、専門看護師及び認定看護師、がん専門薬剤師などによる総合的な医学管理体制について評価することを要望する。 ○がん化学療法患者への総合的な医学管理を実践するためには、がん専門看護師、がん認定看護師、がん専門薬剤師などによる総合的な医学管理体制について評価することを要望する。また、医師の働き方改革及びチーム医療の推進という観点からも、がん化学療法患者に対する総合的な医学管理について評価されるべきである。	○	
	Ⅱ-7	13：医学管理料等	B001 ^⑬ 在宅療養指導料	加算の新設	○認定看護師が専門知識において行う療養指導の評価として加算を要望する。		○
	Ⅱ-8	13：医学管理料等	B005-7-2 認知症療養指導料	算定要件の拡大	○「認知症療養指導料」と「特定疾患療養管理料」の同時算定を要望する。 認知症患者の関係機関との連携に対し、かかりつけ医は「認知症療養指導料」を月1回、6月を限度として算定できるが、そのためには、診療情報提供書を作成する必要があり、負担が多いものとなっている。一方で、「特定疾患療養管理料225点」は月2回算定することができ、月2回算定で450点となり、「認知症療養指導料」を上回る。さらに、この2つの同時算定は認められていない。 以上のことから、点数が高い「特定疾患療養管理料」を算定し、点数が低くかつ診療情報提供書作成の負担がある「認知症療養指導料」は算定しないため、診療情報提供書が作成されず、現行の診療報酬制度では、認知症に関する連携が促進されにくいと考えられる。 認知症患者を地域で支えるためには、かかりつけ医と認知症疾患医療センターとの連携は重要であり、連携を促進するには「認知症療養指導料」と「特定疾患療養管理料」の同時算定可能とするべきである。		○
	Ⅱ-9	14：在宅医療	C004 救急搬送診療料	加算の新設	○救急搬送時の看護師同乗に関する加算の新設を要望する。 患者を救急用の自動車保険医療機関に搬送する際、医師不在を避けるために看護師が同乗する事がある。医師の判断で搬送に同乗を任される看護師の責任は重く、経験や知識も必要であり、搬送中は患者の状態の変化はもちろんの事、患者・家族へ不安に対する看護も不可欠である。看護師にも救急搬送時の算定料があっても良いのではないかと考える。	○	
	Ⅱ-10	30：注射	通則6 外来化学療法加算	施設基準の見直し 加算の新設 診療報酬の見直し	○外来時における薬物療法の治療に対して専門の資格を有する看護師や薬剤師等が配置されているなど、より高度な診療を実施していることに対して診療報酬上の加算を要望する。 ○外来化学療法に対する時間外・休日加算の新設を要望する。 外来化学療法を、時間外や休日に拡大して実施できる体制を整えることで、平日昼間に来院できない患者の就労支援に 대응することができ、大型連休前後の患者の集中が分散され、治療までの待ち時間緩和にも繋がり、患者が治療に対し選択肢を持って取り組むことや患者サービスの向上も期待される。その体制を整えるため、外来化学療法に対する時間外・休日加算の新設を要望する。	○	○

	通番	分類	区分コード等	要 望 事 項	要 望 内 容 ・ 理 由	新規	見直し	
外 来 医 療	II-11	60：検査	D026 検体検査判断料	診療報酬の見直し	○遺伝カウンセリングに習熟した者（認定遺伝カウンセラー）が行った遺伝カウンセリングについても遺伝カウンセリング加算が算定できるよう算定要件の見直しを要望する。 遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、D006-4遺伝学的検査を実施する際、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益について説明等を行った場合に算定可能であるが、各学会（例 日本医学会「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」等）では、遺伝カウンセリングは医師と遺伝カウンセリングに習熟した者が協力することが望ましいとされている。そのため、算定要件に医師又は遺伝カウンセリングに習熟した者（認定遺伝カウンセラー）が、遺伝カウンセリングを実施した場合は算定可能とするよう算定要件の見直しを要望する。		○	
	II-12	80：その他		外来看護師の手厚い配置に対する評価	○外来において、看護職の専門性を活かし、患者がより安心して自分らしく療養することができるための体制について、評価を要望する。 在院日数の短縮や医療サービスの変化に伴い、患者の療養の場が入院病棟から外来へと移行してきており、在宅や地域で通院しながら疾病とともに暮らしていく国民が増えている。また、患者の背景として、高齢独居や認知症患者が今後ますます増大する見込みである。 外来における指導、相談対応、支援を必要とする患者は増加傾向にあり、また在宅医療機関や自治体等、関係機関等との連携も重要である。一般外来における看護ケアの必要性が高まっていることから、実際に病院では一般外来に人員を手厚く置いて対応をしてきている。	○		
	かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。							
	II-13	13：医学管理料等	B007-2 退院後訪問指導料	算定要件の拡大	○算定できる職種の拡大を要望する（医師の指示を受けた保健師、助産師、看護師に理学療法士、作業療法士の追加を要望する）			○
	オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること。							
	II-14	11：初・再診	A003 オンライン診療料	点数の見直し 施設基準の見直し 対象患者の拡大	○オンライン診療料にかかるシステム構築にコストがかかるが、それに見合う診療報酬が付いていないので増点を要望する。 ○該当指導料等の算定する患者に限られ対象が拡大しないため、「B001の12心臓ペースメーカー指導管理料、C103在宅酸素療法指導管理料、C107-2在宅持続陽圧呼吸療法管理料」における「遠隔モニタリング加算」を算定する患者への拡大を要望する。			○
	II-15	13：医学管理料等	遠隔モニタリング加算	対象医学管理料の拡大	○ICTの活用は、医療提供プロセスの効率化だけでなく、うまく活用することで、患者の疾病管理の質向上にも資する可能性がある。特に慢性疾患患者については、患者の日々の自己管理を支援することが直接の疾病管理につながる事が多く、ICTの特性をいかした効果的な療養指導が求められる。看護師は病態や治療に関する医学的知識に基づき、患者の生活パターンやキーパーソン等をきめこまかく把握した指導を行うことができるため、今後は更にその専門性を活かして患者の重症化予防に貢献することが求められている。2018年度改定では「在宅酸素療法指導管理料」や「在宅患者持続陽圧呼吸療法」の中に「遠隔モニタリング加算」が新設されたが、次回改定においては、他の疾患患者の疾患管理に関してもICTが活用され、またその場において看護師を配置し、さらなる活用を進められるよう要望する。			○
	常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。							
	II-16	30：注射	通則6 外来化学療法加算	施設基準の見直し 加算の新設 診療報酬の見直し	○子育て世代が多く働いている現場では非常勤看護師の割合は高い。また、仕事に対する意識や学ぶ意欲・責任感も常勤看護師同様に高い看護師も多く、常勤、非常勤と分け隔てをする事の意味はもはや無いと考える。そのため、一定の経験年数を経験していれば非常勤看護師においても施設基準に組み込むことを要望する。		○	○

在宅医療	通番	分類	区分コード等	要 望 事 項	要 望 内 容 ・ 理 由	新規	見直し
	かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。						
Ⅲ-1	13：医学管理料等	C0053 在宅患者訪問看護・指導料 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱に係る専門の研修を受けた看護師による場合	診療報酬の見直し	○人工呼吸器を必要とする在宅患者に対して、専門的な知識を持つ看護師のケアは有効であることから、人工呼吸器ケアに係る専門の研修を受けた看護師（特定行為看護師、集中ケア認定看護師、救急看護師、急性重症患者専門看護師などを含む）が訪問し、呼吸管理について看護又は療養上必要な指導を行った場合も保険診療点数として評価するよう見直しを要望する。			○
Ⅲ-2	14：在宅医療	C107 在宅人工呼吸指導管理料 C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	加算の新設	○在宅における人工呼吸器に関し、専門分野である臨床工学技士の指導に加算をつけることで、医師の仕事量軽減と、より高度な知識や医療を提供出来るため加算の新設を要望する。			○
調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。							
Ⅳ-1	90：入院料等		DPC制度の見直し	○入院期間中に診断群分類がDPCから出来高請求に分岐が変更になった場合、入院初日より出来高請求となるため、レセプトの返戻手続き、患者に精算し直しの説明を行い理解していただくのは難しいため、DPC変更時の月内での調整とすることを要望する。			○
Ⅳ-2	90：入院料等		高額薬剤の取扱いについて	○高額薬剤を使用した場合のDPCでの取扱い方法の発表を薬価収載と同時に行うことを要望する。			○
Ⅳ-3	該当以外	機能評価係数Ⅱ	評価の見直し 保険診療指数で「保険診療の質的改善に向けた取組み」の公開が採用された場合の点数設定	○大学病院本院群（旧Ⅰ群）と特定病院群（旧Ⅱ群）については、地域医療指数のシェア率が3次医療圏内での評価となっている。47都道府県のうち北海道以外は1都府県＝3次医療圏となっている。北海道は複数の3次医療圏が設定されているため高い指数（係数）が設定されるので、加重平均値一定の法則に基づき他の病院が低く評価されるので、見直しを要望する。 ○急性期一般入院基本料1については在院日数の評価にあたり患者構成を補正するためにDPC病院の機能評価係数Ⅱの効率性指数（または係数）を用いることを要望する。 ○地域医療指数（体制評価指数）は5疾病5事業における評価であるが、糖尿病の診療における実績は評価されていないため評価対象とするよう要望する。			○
Ⅳ-4	該当以外		病院指標公開の見直し	○新規DPC病院については前年度Dファイルが存在しないので、一部の項目について要件からはずすことを要望する。 ○初発5大癌ステージ別症例数を掲載することになっているが、初発・再発の定義が患者が想定する定義とは異なり適切な指標とは言えない。院内がん登録全国集計の公表が進んでいるので病院指標の公開から除外しても影響は少ないと考える。			○
Ⅳ-5	該当以外	入院中の他医療機関受診	制度の見直し	○現在の診療報酬では、DPC対象病院入院中に他医療機関に受診は健康保険が使用できず医療機関どうして精算する事となり、実質、入院している医療機関が診療行為を買い取る事が多い。患者の高齢化に伴い、様々な疾患に罹患している患者が多く、専門的な治療を有する事もあり、入院中であつたとしても、健康保険を使用できるよう見直しを要望する。			○
診療報酬に関するデータの利活用の推進に係る取組について引き続き推進するとともに、平成32年度に向けたレセプト様式や診療報酬コード体系の抜本的な見直しについて、郵便番号の追加を含め、次期診療報酬改定での対応について、引き続き検討すること。							
Ⅳ-6	50：手術、麻酔	K162 頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	Kコードの細分化	○頭皮悪性腫瘍手術と頭蓋骨悪性腫瘍手術、別々のKコードとすることを要望する。			○
Ⅳ-7	50：手術、麻酔	別シート有「Kコード」	Kコードの細分化	○Kコードでの病院指標公表の見直しを要望する。 ○手技コードは部位によって独立しているがKコードは同一であり、データ分析などの時に支障になる 例：DPC病院指標◎ 診療科別 Kコード別 実績 トップ5			○

ICT 関連	通番	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し	
	常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。							
	V-1	該当以外		説明文書の電子化	○患者に説明を行なう場合“文書”を必要とされているものが多数ある。それらには、「患者署名又は印」を要するものもあり、電子カルテ上に保存する場合、相当数の人手と時間を要する。そのため、説明を要するものには”文書”を必須とせず、代わりに電子媒体による説明及び電子署名でも可とすることを要望する。 例えば、入院診療計画書（別紙2）、退院支援計画書（別紙様式6の3）、短期滞在手術同意書（別紙様式8）、血漿成分製剤加算（別紙様式20）、輸血料（別紙様式26）等診療報酬上の文書及びその他手術同意書など診療上必要な説明文書		○	
調剤 関連	向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。							
	VI-1	20：投薬	フォーミュラリー加算	加算の新設	○フォーミュラリー（『患者に対して最も有効で経済的な医薬品の使用方針』）に基づき標準薬物治療の推進を行う医療機関における処方、調剤にかかる加算を要望する。 2016年、2017年と連続して経済財政諮問会議でも取り上げられ、医療費削減に短～長期的に有用な手法のため、加算の新設を要望する。		○	
	常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。							
	VI-2	20：投薬	薬剤師外来	診療報酬の新設	○患者の処方内容について、各病院、各薬局での情報収集ではなく、一元で処方薬剤が確認できる仕組みの構築推進するため、外来部門の薬剤師配置に対する診療報酬上の評価を要望する。 お薬手帳と紹介状が頼りとなり、患者自身はきちんと管理できていないことも多い。かかりつけ医、専門外来と処方場所が複数、処方箋を出す薬局が複数、患者がいろいろいるなどに受診するなど、いざ手術などで休薬調整をしても、あとから他で処方されていた薬を実は飲んでいたことがわかり、手術が延期されるなどということが発生している。また、ジェネリックが多く、休薬すべき薬剤の名称が多すぎて鑑別に時間がかかる。		○	

通番	分類	区分コード等	要 望 事 項	要 望 内 容 ・ 理 由	新規	見直し
<p>外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の新たな評価等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。</p>						
VII-1	13：医学管理料等	B001 ^㉓ がん患者指導管理料	算定要件の見直し	<p>○がん患者管理指導料イ ・がん疑いでも治療に伴う看護師の同席、治療の変更など同一診断に対して取得できるよう算定回数を見直しを要望する。 現在のがん診断ごとの1回の同席では、外科においては術後病理結果が出てからの診断確定時に取得することが多い。術前の病名がつかない時期の治療による機能や形態の変化、日常生活に及ぼす影響などの看護師の補足説明や喪失に伴う感情などの支援に対して取得することができない。またがん患者の生存が延長したことに伴い、積極的抗がん治療の中止や、新たな治療（ゲノム医療や治験など）の選択において、サバイバーとして生きることに伴う妊孕性や就労の問題など、患者は何度も何度も悪い知らせに晒されており、医師と協働して治療選択や療養の場の選択の支援を行わなければならない。がん疑いでも治療に伴う看護師の同席の要望、治療の変更など同一診断に対して取得できるよう算定回数を見直しを要望する。</p> <p>○がん患者管理指導料ロ ・摂食嚥下障害看護認定看護師と皮膚排泄ケア認定看護師が行うケアや指導についても算定できるよう算定要件の拡大を要望する。 看護外来などで精神・身体・社会的苦痛をアセスメントし取得している。現在は患者のみに取得しているが、家族の不安や葛藤についても時間をかけ対応している。膀胱がんなどの進行がんに関しては診断期からACPをすすめていくうえで家族への介入はキーとなる。また療養先の決定や患者の看取りにおける家族への支援についても必要で対象の拡大を要望する。また、現行ではがん領域に関する専門看護師・認定看護師しか取得要件に満たないが、がん疾患における摂食嚥下障害看護認定と皮膚排泄ケア認定看護師は治療上あるいは病気の進行によって起こる障害に対してのケアや指導に関して卓越しており取得要件も拡大を要望する。</p> <p>○がん患者指導管理料ハ ・1患者6回の指導上限回数を1レジメン毎等に算定回数の要件の見直し、拡大を要望する。 後方ラインや3～4レジメン経過後には既に上限回数を超過して算定することができない。また、経口抗がん剤の薬剤師外来等では介入回数が多くなり上限回数を超過してしまい算定することができないため、算定回数を見直しを要望する。近年では新規抗悪性腫瘍剤の登場により、治療レジメンの選択の幅が広がると共に、発現する副作用も多岐に亘る。特に免疫チェックポイント阻害剤による副作用は重篤化する可能性もあり、そのマネージメントは非常に重要である。そのため、現在主流である外来抗がん剤治療における副作用管理や副作用の未然防止、投与量管理に深く関与する薬剤師の外来での介入業務は安全で有効な化学療法を行う上で非常に重要であると考えられる。しかし、現在のがん患者指導管理料ハの算定回数では1患者につき6回上限であるため、2次治療以降、あるいは介入回数の多い経口抗がん剤に関しては大半が算定できない状況である。この1患者6回の上限回数を、1レジメン毎等にする事により、全国の外来化学療法において、外来における薬剤師による説明・指導が推進され、患者に安全かつ効果的な化学療法を提供できることに繋がると考えられる。</p>		○
VII-2	13：医学管理料等	B009 診療情報提供料(1)	算定要件の見直し 加算の新設	<p>○高齢患者の増大に伴い、複数科が関与するケースが多い。医療安全の観点から紹介先保険医療機関ごとから診療科ごとの算定とするよう算定要件の見直しを要望する。</p> <p>○大病院に通院中の患者に対し、外来医療の機能分化の観点から、400床以上の病院から200床未満の病院及び診療所に患者を紹介した場合の加算の追加設定を要望する。患者に機能分化の必要性等を説明し、紹介の同意を得る作業には非常に労力がかかるため思うように進んでいないのが現状である。機能分化を加速させるためにも加算の設定を望む。</p>	○	○
VII-3	13：医学管理料等	B001 ^㉑ 外来栄養食事指導料 B001 ^㉒ 入院栄養食事指導料 B001 ^㉓ がん患者指導管理料 上記いずれかに近い区分	診療報酬の新設	<p>○化学療法や放射線治療中のがん患者に対する栄養指導を行なった場合の診療報酬の新設を要望する。化学療法や放射線療法による食欲不振など栄養状態が不良の患者に対し、体液モニターにて脱水や浮腫などの状態も確認することもあり、その状態に合わせ、QOLを維持していくための個別指導を行っている。よって、厚生労働大臣が定める特別食を必要と認められた患者に対して行う既存の治療管理料とは区別して評価することを要望する。</p>	○	
VII-4	40：処置	J118-4 歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)	算定要件の拡大	<p>○ロボットスーツ以外の歩行補助機器など、歩行運動処置の範囲の拡大を要望する。</p>		○
VII-5	70：画像診断	画像診断管理加算	施設基準の見直し 点数の見直し	<p>○画像診断管理加算2及び3の施設基準に、「当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも8割以上の読影結果が遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること」とあるが「翌診療日」ではなく、「3日以内」程度に延長されることを要望する。</p> <p>○施設基準で「画像診断を専ら担当する常勤の医師」とあるが、常勤の条件の中に、テレワークで診断業務が行われており、診断読影報告の条件が満たされた場合でも認められるよう要望する。</p>		○

該 当 以 外

該 当 以 外	通番	分類	区分コード等	要 望 事 項	要 望 内 容 ・ 理 由	新規	見直し
	Ⅶ-6	80：その他	入院料等通則 B009 診療情報提供料（Ⅰ）	算定要件の見直し	○病院や診療所、訪問看護ステーション等の開設者が同一法人等の「特別の関係」にある場合の診療報酬上の制約については、2018年度診療報酬改定において、退院時共同指導料等の算定が認められるなど緩和が図られた。しかし、依然として診療情報提供料を算定できないほか、入院期間の通算が必要になる等の制約がある。中山間地域では同一法人が複数の医療機関を開設し、地域の医療ニーズに responding している状況にあることから制約の撤廃・見直しを要望する。		○
	Ⅶ-7	80：その他	B001-2-5 院内トリアージ実施料 B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料 救急搬送看護体制加算	救急医療に対する評価の 拡充	○救急医療体制の確保のため、関係する診療報酬項目の見直しを要望する。 ○夜間休日救急搬送医学管理料について、夜間、休日又は深夜に受診した初診患者と限定されているが、初診料以外を算定する患者であっても緊急な場合等必要があってトリアージを行なった場合には算定できるよう見直しを要望する。		○
	常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。						
Ⅶ-8	80：その他	H001-2 廃用症候群リハビリテーション料	事務作業の軽減	○2010年度診療報酬改定で導入された廃用症候群に係る評価表（別紙様式22）は、適正な疾患別リハビリテーション料の算定という目的に対しての必要性は評価されるが、2016年度改定で廃用症候群リハビリテーション料の所定点数の見直しが行われ、現在は適正化が進んでいると思われる。次期改定では、算定に係る事務作業軽減を図るために評価表提出の廃止を要望する。 ○改定の都度、新たな指標に対する帳票作成等が加わるため、療法士の事務作業量が増加している。医療従事者の業務負担軽減を図る視点から、事務作業量の簡素化を望む。			○

2020 年度診療報酬改定に係る要望書

精神医療 要望項目

【1. 全体としての要望】

■ 常勤医師の定義を医療法に準ずることを要望する

医療法での常勤の定義と、診療報酬上の常勤の定義に相違がある点について、2019年4月から「働き方改革関連法」も施行されることから、常勤医師の定義を医療法に統一することを要望する。

【診療報酬】

週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上であること

【医療法】

週32時間以上で常勤医師、通常の休暇、出張、外勤などがあっても全てを勤務する医師に該当する

■ 入院中の患者が他医療機関を受診した場合の診療報酬を要望する

医療の質を確保し医療安全を担保するために、他専門科を受診することが不可欠な状態となることも多い。また受診に対しては、看護師等職員同行を必要とすることから多大な労力を要している。例えば、精神科に入院を要する患者の場合、精神症状が中枢神経系ないし全身の身体疾患から生じている頻度は高い。

【2. 外来の要望】

■ 依存症受診に対する診療報酬の新設

2018年10月にギャンブル等依存症対策基本法が施行された。具体的な対策として、様々な依存症患者に対しての診療の場が広がるよう、専門機関でなくても時間をかけて診察を行い、専門機関への紹介をした場合の評価と、紹介された患者を受入れた病院に対しての評価を要望する。

■ 臨床心理・神経心理検査算定要件の見直し

高齢者や勤務を有する患者等に検査を実施する場合、別の日に分けて行うことは患者への負担が大きく、医療機関側も費用が持出しとなっている。同一日でも複数の検査を行った場合の算定上限を設け、複数算定できるよう見直しを要望する。

■ クロザピンの評価の見直し

●I013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の見直し

治療抵抗性統合失調症治療薬の「クロザピン」については、プロトコールに則った検査などが義務付けられている。入院中は医療機関が負担する経費もかさみ、服用中は継続した管理が必要となる。副作用の出やすさから診て、クロザピン導入後の初期と中期には、有害事象が出現しやすく、手厚い医学的管理が必要な時期の評価を要望する。

<評価（案）>

- ・導入初期及び中期：月3回（6ヶ月）
- ・維持期：月1回

●クロザピン投与に伴う検査料の包括からの除外

2018年度の診療報酬改定において、クロザピンは除外薬剤として認められたが、クロザピン投与にはプロトコールに則った検査が義務付けられており、この検査料についても包括から除外することを要望する。

<包括病棟>

- ・A311 精神科救急入院料
- ・A-311-3 精神科救急・合併症入院料

【3. 入院の要望】

■ 算定対象病棟の見直し

● A233-2 栄養サポートチーム加算

栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者、嚥下障害を評価し介入することが必要な患者は精神科単科病院にも多く入院している。一般科同様に実施が必要な、栄養サポートチーム加算を精神病床でも算定できるよう要望する。

● A207-2 医師事務作業補助体制加算

精神病棟入院基本料を算定する医師事務作業補助体制加算は、50 対 1、75 対 1、100 対 1 の加算に限られていることについて、急性期の精神科では不足であり一般病床同様に算定できるよう加算制限の撤廃を要望する。

<新たに対象とする病棟>

- ・ A103 精神病棟入院基本料
- ・ A311 精神科救急入院料
- ・ A311-2 精神科急性期治療病棟入院料
- ・ A311-3 精神科救急・合併症入院料
- ・ A311-4 児童思春期精神科入院料

■ 高額薬剤(持続性抗精神病薬)の算定要件の見直し

抗精神病薬を単剤化し、持続性抗精神病薬をもちいることは、再発再入院を防止するのに極めて有用であるが、薬剤料が高額であり包括病棟での導入が進んでいない。包括病棟(精神科救急入院料等の特定入院料を算定する病棟)においても持続性抗精神病注射薬剤料の算定ができるよう要望する。

<包括病棟>

- ・ A311 精神科救急入院料
- ・ A311-2 精神科急性期治療病棟入院料
- ・ A311-3 精神科救急・合併症入院料
- ・ A311-4 児童思春期精神科入院料
- ・ A312 精神療養病棟入院料

<高額薬剤参考>

- ・ ゼプリオン 150mg 薬価 62,071 円
- ・ エピリファイデポ 400mg 45,156 円

■ 精神科救急入院料・精神科急性期治療病棟入院料 算定要件見直し

クロザピン投与や m-ect 治療目的で転院してきた患者に対しては、転院直後は治療計画を立てるための検査や多職種でのカンファレンスなどに時間を要するため、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料の算定対象とするよう要望する。

■ 精神科リエゾンチーム加算の施設基準の見直し

リエゾンチームの医師については、常勤医のみに限定するよう施設基準の見直しを要望する。

現在の規定ではリエゾンチームの医師は専任だが、非常勤医でも可とされている。非常勤医では臨床の現場で日々変動する患者の病態変化を緻密に追うことができず、看護師や他の専従職員との連携もうまくいかないため、見直しを要望する。