

全自病協第247号

令和元年6月18日

会員病院長 各位

公益社団法人全国自治体病院協議会

会長 小熊 豊

(公印省略)

診療報酬対策委員会

委員長 森田眞照

「令和2年度 社会保険診療報酬に関する改正・新設要望書」について

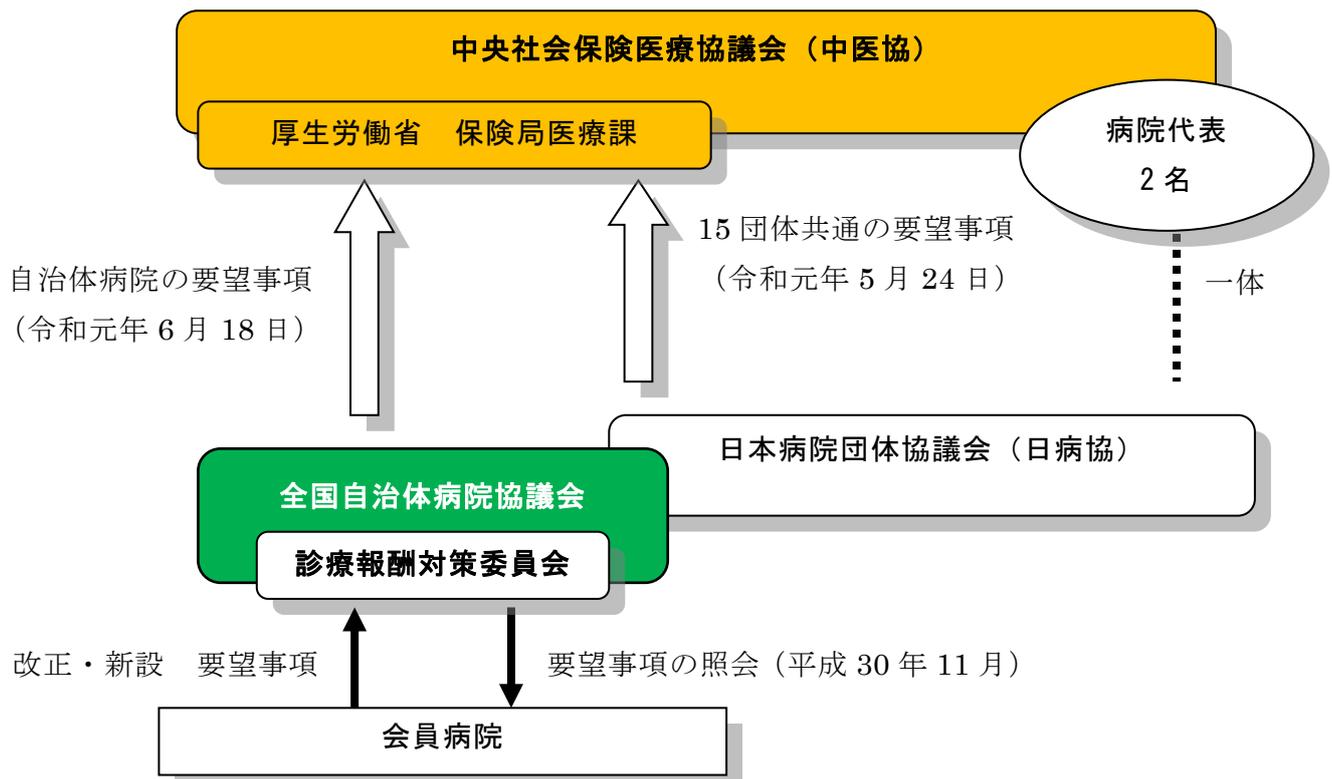
平素は当協議会事業にご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

先般の令和2年度社会保険診療報酬に関する改正・新設要望項目の調査についてはご協力ありがとうございました。

その調査結果を基に、次期診療報酬改定に対する自治体病院の要望事項を別添のとおり取りまとめ、この度、厚生労働省保険局長、保険局医療課長へ直接要望して参りました。

本要望事項は、当協議会が加盟する日本病院団体協議会（日病協）における要望事項の取りまとめにも参考させていただいております。（※下図参照）

今後も日病協と病院代表の中医協委員とともに、要望事項の実現に向けて努力してまいりますので、皆様のご理解とご支援をお願い申し上げ、報告とさせていただきます。



令和2年度 社会保険診療報酬に関する 改正・新設要望書

令和元年6月18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.16
出来高 改正要望	P.18
出来高 新設要望	P.45
D P C 要望	P.55

はじめに

病院開設者の約1割を占める全国自治体病院協議会の会員病院は都市部から離島・へき地まで存在し、民間医療機関では対応することが困難な医療に積極的に対応するなど、地域における基幹病院としての役割を担っています。当協議会では、会員病院が各地域において必要な医療を安定的に提供していくために、次期診療報酬改定において改善が必要な事項について全会員病院へ調査いたしました。

調査の結果、精神科も含めた医師、ならびに看護、薬剤、リハビリ、事務、臨床検査、放射線、栄養、臨床工学の各部門から600項目（出来高502項目・DPC98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、「医療技術の適正な評価と医療機関の機能的コストなどを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、医療技術については、内科系学会社会保険連合（内保連）及び外科系学会社会保険委員会連合（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、医療従事者の負担軽減、チーム医療の推進等の方向に沿って特有の要望にも力点を置きながら検討を重ねて参りました。その結果、出来高113項目、DPC12項目に絞り込みを行ったものが本要望書であり、次期診療報酬改定において改正・新設が不可欠な事項です。

また、医療機関の仕入れに係る消費税負担については、2014年度以降3ヶ年の5%から8%への引き上げに係る補填不足額は400億円以上と推計され、地域医療の提供にも支障が生じています。新しい補填方法は評価できるものの、個々の病院が100%となることを示すものではないため、改定後は早期に補填の実態を調査し、不十分な点があれば可及的速やかに対応をお願いいたします。

以上より、特に地域医療において重要な役割を担っている中山間地域等での中小病院に対しては、限られた医療人材で医療提供体制を確保している実情を勘案いただき、算定要件の緩和及び関係する項目の大幅な引上げと少数の施設しか取得できない施設基準を設定することがないよう、令和2年度診療報酬改定について、後述する重点要望・要望事項について、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もとに早急な対応を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 森田眞照

DPC小委員会委員長 今井康陽

診療報酬対策委員会及びDPC小委員会 委員名簿 (令和元年5月23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
森田 眞照	市立ひらかた病院 顧問兼消化器センター長	担当常務理事	長	○
仙賀 裕	茅ヶ崎市立病院 名誉院長・参与	担当常務理事	○	
阪本 研一	美濃市立美濃病院 院長	理事	○	
石原 淳	横浜市立市民病院 院長		○	
小阪 真二	島根県立中央病院 院長	理事	○	
小野 剛	市立大森病院 院長	理事 中小病院委員会	○	
中村 昌樹	公立森町病院 院長	中小病院委員会	○	
北村 立	石川県立高松病院 院長	精神科特別部会	○	
林 拓男	公立みつぎ総合病院 名誉院長・顧問	リハビリテーション部会	○	
森下 一	公立昭和病院 事務局長	事務部会	○	
小坂 智恵子	東京都立広尾病院 看護部長	看護部会	○	
森朝 紀文	りんくう総合医療センター 薬剤科部長	薬剤部会	○	
齋藤 勝彦	富山市立富山市民病院 副院長兼病理診断科部長	臨床検査部会	○	
竹田 利明	東京都立広尾病院 副院長	放射線部会	○	
鈴木 恭子	静岡県立こども病院 栄養管理室長	栄養部会	○	
菊池 雄一	岩手県立胆沢病院 臨床工学技術科 主査臨床工学技士	臨床工学部会	○	
今井 康陽	市立池田病院 総長		長代行	長
平林 高之	砂川市立病院 病院事業管理者	理事		長代行
加藤 岳人	豊橋市民病院 院長	常務理事		○
佐々木 美幸	箕面市立病院 診療情報管理室長			○
長谷川 篤美	小牧市民病院 診療情報管理士			○
原 義人	青梅市立総合病院 事業管理者	担当副会長	○	
吉嶺 文俊	新潟県立十日町病院 院長	担当常務理事	○	

「長」は委員長、「長代行」は委員長代行、○は構成委員及び出席者

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	全体	全体	「常勤職員の配置」が多い	常勤換算の拡大化	施設基準上、「常勤の職員」という条件が多く、届出出来ない事が多い。場合によっては、施設基準を満たさないがために、保険請求出来ない場合がある。 平成30年の診療報酬改定で一部常勤配置に関する要件の緩和はされたが、中小病院では更なる緩和が必要である。					
○	2	医師	改正	A000 A001 A002	初再診料における同一日複数科受診の取扱い	初診料 1科目 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)	初診料 1科目 282点 2科目 188点 3科目 94点 再診料(外来診療料) 1科目 72点(73点) 2科目 72点(73点)	医師の専門性を生かした各科協調による医療はより高度な全人的医療の提供であり、その個別診療科の専門性は当然評価されるべきである。したがって「同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合、初診については、2科目目を2/3、3科目目を1/3の評価とし、再診については減算することなく算定できること」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
○	3	医師	改正	A206	在宅患者緊急入院診療加算1の算定対象の緩和	在支診・在支病・在宅療養後方支援病院が在宅診療医の求めに応じて緊急入院を受入れた際に、在宅療養指導管理料等の算定の有無を問わず在宅患者緊急入院診療加算1を算定できるよう緩和	在支病では、要介護度1～5の患者の緊急入院を受入れた際に、在宅療養指導管理料等の算定の有無を問わず在宅患者緊急入院診療加算1を算定できるよう緩和 【在支診・在宅療養後方支援病院は現行どおり】	在支病の算定対象を緩和することで、200床未満の在支病の在宅患者受け入れの役割がより明確となり、在宅医療の推進に繋がる。 ※出来高新設要望のNO.2を参照					
○	4	医師	改正	A234	医療安全対策加算の増点	加算1 85点 加算2 35点	加算1 200点 加算2 100点	医療安全対策には、専従セーフティマネージャー、感染制御認定医師、認定看護師、薬剤師などの多職種の協力体制、ライフライン（電気、通信、医療ガス等）の品質を保つ設備管理要員の配置、患者の転倒・転落予防のセンサーやマット、ベッドなど、人的・物的費用がかかるが、現在の点数では全く不十分である。 また、特定機能病院の承認要件として専従の医師、薬剤師及び看護師を配置した医療安全管理部門の設置が求められており、これに準じて医療安全対策の向上を図る意味でも増点が必要である。					

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
○	5	医師	改正	K685 K687	内視鏡的胆道結石除去術、内視鏡的乳頭切開術の算定要件の緩和	短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定	第1回目のみ算定ではなく、それぞれの手技を算定	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、胆管炎の増悪予防に際し、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に関する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。従って、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希望する。	バルーンカテーテル 37500円	2~3人	2人	なし	1時間~1.5時間

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
○	6	医師	新設	A206	在宅患者緊急入院診療加算の紹介側の評価	在支診・在支病・在宅療養後方支援病院が在宅診療医の求めに応じて緊急入院を受入れた際に、在宅療養指導管理料等の算定患者に限定して在宅患者緊急入院診療加算1を算定できるが、紹介側の評価はない	在支病に要介護1～5の患者を送った場合に、送り元の診療所が選定できる『在宅患者緊急入院紹介加算200点』を新設	要介護1～5の在宅患者の紹介先として、急性期医療を主とする病院ではなく地域密着型病院である200床未満の在支病を選択する流れを強化することで、病院の機能分化が明確となる。 ※出来高改正要望のNO.3を参照					
○	7	精神科	改正	I006-2 依存症集団療法	算定対象の拡大	覚せい剤、麻薬、大麻、危険ドラッグに対する物質依存の状態にある入院中の患者以外の患者	ギャンブル依存を加える	依存症のうち、ギャンブル依存はアルコール依存(狭義の依存症は100万人だがアルコール使用障害は1000万人といわれている)の次に多く、これに該当する患者が全国に560万人存在すること。IR法案が成立した現在、ギャンブル依存症治療体制の整備は喫緊の課題である。					
○	8	精神科	改正	A230-4	リエゾンチーム加算	週1回に限り300点算定	週2回に限り400点算定	実際の臨床現場では、せん妄やうつ病、認知症の患者への対応の際に、週1回の関与では十分な治療効果を上げることはできない。患者によっては毎日の関与を必要とし、少なくとも週に2回程度の関与は必要である。緩和ケア診療加算が毎日算定を認められていることを考えてもアンバランスであり、算定回数増加を強く要望する。					

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
○	9	精神科	新設		精神科包括的支援マネジメント料	なし		入院後に行われる多職種による生活機能のアセスメント、治療計画から退院支援のためのケア会議を行った場合に、入院後3か月まで毎月500点 退院後も同様なマネジメントを行った場合、退院後6ヶ月まで毎月300点					
○	10	リハビリ	改正	A308-3	地域包括ケア病棟・病床におけるリハビリ要件の改正	リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上を提供	要件の緩和	設置基準1～4のうち自宅退院率70%以上が義務付けられている1と2まで「2単位以上」、3と4については「1単位以上」とする。(期間猶予含む)					
○	11	リハビリ	改正	A308-3	地域包括ケア病棟・病床におけるリハビリ要件の改正	リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上を提供	要件の緩和	地域連携パスにおいて脳卒中と大腿骨頸部骨折の継続したリハの重要性を評価されていることもあり、「脳血管等リハ料」「運動器リハ料」を算定した患者だけについて平均2単位以上の算定として欲しい					
○	12	リハビリ	新設		糖尿病を対象とした疾患別リハの追加	糖尿病がリハビリの対象疾患になっていない	糖尿病を疾患別リハに追加して欲しい	糖尿病や予備軍と合併症が増加する中、糖尿病への運動療法は、治療として外せない項目であるとされており、重篤な合併症を防いで医療費を抑える効果もあるため					

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	事務	改正	A207	診療録管理体制加算1の増点	100点(入院初日)	100点(入院初日)の増点又は算定要件の退院患者数の緩和	診療録管理体制加算1の算定要件に年間退院患者2,000名ごとに1名の専任の常勤診療記録管理者の配置が義務付けられている。急性期病院では平均在院日数も短縮し、病床回転率も上がっているため配置職員を多く求められている。専任職員の配置が難渋する中で、専任職員を採用できる現実的な点数設定とは言い難いため100点の増点を又は退院患者数を25%緩和し2,500名に要件緩和することを要望する。					
○	14	事務	改正	A207-2	医師事務作業補助体制加算1の増点	(入院初日) 15対1 920点 20対1 708点 25対1 580点 30対1 495点 40対1 405点 50対1 325点 75対1 245点 100対1 198点	病床比の数に対応した各加算の増点 15対1に125増点 20対1に100点増点 25対1と30対1に60点増点 40対1と50対1に25点増点 75対1と100対1に10点増点 15対1 1045点 20対1 808点 25対1 640点 30対1 555点 40対1 430点 50対1 350点 75対1 255点 100対1 208点	「当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わないが、当該保険医療機関の常勤職員(週4日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週32時間以上である者をいう。)と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。(一部略)」(平成30年保医発0305第2号)を要件とし、常勤換算による場合であっても差し支えないこととなっているが、実質的に常勤職員同等の時間を勤務する従事者の配置が必要である。また、当該従事者は所定研修の履修が必要で、一定程度の専門知識を要することに加え、都市部とそれ以外の地域では人員の確保について、地域間格差があるのが現状である。 厚生労働省等による実態調査において、当該加算は勤務医の負担軽減に「効果がある」「どちらかといれば効果がある」と回答した施設は9割超であり、医師の負担軽減及び処遇の改善のさらなる推進の観点からも、医師事務作業補助者の配置人数を充実させることは重要である。 現状では、病床比が高いほど、医師事務作業補助者1人当たりの診療報酬が低く設定されている。 各病床比の医師事務作業補助者1人当たりの診療報酬差が少なくなるよう、傾斜的な増点を要望する。					

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
○	15	看護	改正	A246	入退院支援加算	600点	引き上げ 800点	緊急入院の退院支援に労力を要しており、入院時に支援を行っていても入院時支援加算の対象外である。入院時支援加算は、入院前からケアマネ等の関係者と連携をとりながら生活状況を把握し、入院後の治療の経過・生活について支援を行うことを評価するとあるが、現状のとおり算定が出来なくては普及していかない。相応の評価をいただきたい。					
○	16	看護	改正	A207-3	急性期看護補助体制加算	210点～130点	現行点数の増点 300点～150点	看護職員の負担軽減及び処遇改善のために、看護補助者を配置している。また、今後も負担軽減のためにより多くの看護補助者の雇用を検討しているが、現段階では加算点数が低いために看護補助者の人件費を賄うこともできていない。また、看護補助者の業務に見合う加算とも考えにくい。加算の向上を要望する。 点数の増点によって職員雇用の増加に繋がり、看護師の負担軽減、医師の負担軽減につながることを期待できる。					
○	17	看護	新設		特定行為研修修了者による特定行為の実施に対する評価	なし	在宅で特定行為を実施した場合200点	看護師の役割拡大に向け特定行為に関する看護師の研修制度が始まった。研修修了者が実施する特定行為の評価。研修修了者が、在宅患者に特定行為を実施することで、在宅療養の継続、医師の負担軽減につながる。特定行為の実施が評価されれば、活動が拡大していくと思われる。					
○	18	薬剤	改正	A244	病棟薬剤業務実施加算要件の緩和	回復期リハビリ病棟や地域包括ケア病棟などの包括病棟では算定できない	出来高算定	病棟薬剤業務実施加算の保険点数が包括されている病棟においても当該業務のニーズは高く、人的、物的コストをかけて対応している。実際の医療現場で薬剤師に求められている役割は大きく、保険点数を出来高で算定できるよう要望する。					

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
○	19	薬剤	改正	B001の23	がん患者指導管理料ハの算定回数上限の撤廃料ハ	患者一人につき6回に限り算定する。	算定回数上限をなくす。	多くの種類のレジメンを適応する患者が増加し、また、がん化学療法を長期に継続する患者が増えている。患者指導には、副作用の評価も含まれており、継続した指導が必要である。レジメン変更時には注意する副作用症状も当然変化するため、回数上限は患者に安全な薬物療法を提供するうえで障壁になると考えられる。					
○	20	薬剤	新設	B008	外来患者への周術期の服薬指導	なし	指導料 200点	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、医師に照会したうえ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。現在、薬剤師による外来患者に対する指導料は「がん患者指導ハ」が設定されているが、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勘案すると、「がん患者指導ハ」と同じ200点を要望する。					
○	21	臨床検査	改正	D026	国際標準検査管理加算の増点	国際標準検査管理加算 40点	国際標準検査管理加算 60点	昨年末の改正医療法の施行により、医療機関における検査の質の客観的評価や品質向上が求められ、ISO15189認定取得の意義が高まってきた。一方、ISO15189認定取得と維持には多額の費用がかかり、とくに中小規模施設で取得が進まない大きな要因となっている。中小規模施設での持ち出しが解消でき、中小規模施設を含め多くの医療機関で取得が進むよう、増点を要望する。	JAB認定維持費用、人件費、精度管理、校正にかかる費用	1		臨床検査技師(10)	

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
○	22	臨床検査	新設	D011	不規則抗体同定	0点(未収載)	不規則抗体同定300点(不規則抗体が陽性であり、不規則抗体同定を行った場合に算定する)。	不規則抗体が陽性であった場合、その同定が必要不可欠であるが、現在は全部病院側の持ち出しとなっている(但し、実施件数は少ない)。	不規則抗体同定のコストは大体3000円程度。				2時間～1日
○	23	放射線	改正	E 通則	画像診断管理加算[施設基準]	当該保険医療機関以外の施設に読影または診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない	施設基準から除外、もしくは総件数の数%未満などと算定要件の緩和を求める	少数の放射線科医で読影体制を確保している場合、わずかでも外部委託したら算定不可といった要件は厳しすぎ、放射線科医の疲弊と離職を招く。その結果、画像診断管理に不備をきたし、不十分な画像提供や不要な被ばくの増加など患者への影響も大きい。また、画像診断医が不得意とする分野の診断委託は、医療水準の維持に有用と考える。					
○	24	放射線	改正	E200 E202	CT撮影 MRI撮影	64列以上のCT撮影や3テスラ以上のMRI撮影の算定には、画像診断管理加算2の届出が必須要件。	地域医療支援病院であれば、64列以上のCT撮影や3テスラ以上のMRI撮影が算定できるよう要件緩和。	検査件数の増加や読影医の不足により、画像診断管理加算2の要件は非常に厳しいものがあるため、地域医療支援病院として高度な放射線機器を導入してもそれに見合う診療報酬が算定できていない。64列以上のCT撮影や3テスラ以上のMRI撮影は地域医療支援病院であれば算定できるように要件緩和してほしい。					
○	25	放射線	新設		医療被ばく管理料	なし	医療被ばく管理料の設置	2020年に医療法で医療被ばく管理を定める省令が施行される予定であり、それに伴い医療被ばく線量を管理する責任者を置く医療機関に対しての評価を要望する。					

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
○	26	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 食事療養費Ⅱ 1食につき506円	食事療養費Ⅰ 1食につき700円 特別食加算84円 食事療養費Ⅱ 1食につき557円	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93.3、平成30年は103.9となっている。昨今は人件費も高騰しており、このままでは、医療の一環としての食事提供が困難となる恐れがある。物価上昇分の増額を要望する。					
○	27	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を、特別食加算算定対象肥満度+40%またはBMI30以上	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、除去の程度が個々によって異なるなか、安全に最大の注意を払って調理する必要がある。このように、個々の状態に見合ったものを提供する必要があるため、高い技術力とコストを要する。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。 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。栄養指導の基準に合わせて、加算要件の緩和を要望する。					

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
○	28	栄養	改正	A233-2	栄養サポートチーム加算要件緩和	結核や精神病棟および特定入院料対象患者には算定できない	精神科、結核、回復期リハ病棟1、地域包括ケア病棟、小児など特定入院料算定の場合でも、NSTを算定可能に	近年精神科や結核病棟においても、NSTは積極的に活動している。また回復期リハや、小児、地域包括ケアも一般病棟と同様にNSTが活動している。自治体病院は、行政的な医療を担う部分も大きいため、要件緩和を要望する。 精神科においては、肥満による生活習慣病や長期の向精神薬による副作用で食欲不振となり、低栄養リスクが大きい。 結核においても同様に、食欲不振に陥ることが多く、低栄養が治療の妨げになる。 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。 小児においては、容易に低栄養に陥りやすく、きめ細かな管理が必要とされる。特定入院料算定の場合でも、多職種による栄養管理は非常に重要であり、包括ではなく評価されることを要望する。					

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
○	29	臨床工学	改正	B011-12	心臓ペースメーカー指導管理料	心臓ペースメーカー指導管理料 イ 着用型自動除細動器による場合 360点 ロ イ以外の場合 360点 体内植込式心臓ペースメーカー等とは特定保険医療材料のペースメーカー、植込型除細動器、両室ペーシング機能付き植込型除細動器及び着用型自動除細動器を指す。	不整脈デバイス指導管理料に名称変更 イ 着用型自動除細動器による場合 360点 ロ イ以外の場合 (1)ペースメーカーによる場合360点 (2)両心室ペースメーカーによる場合 420点 (3)植込型除細動器による場合480点 (4)両室ペーシング機能付き植込型除細動器による場合 540点	現在、心臓ペースメーカー指導管理料は、ペースメーカー、両心室ペースメーカー、植込型除細動器、両室ペーシング機能付き植込型除細動器の種類に関係なく360点の算定となっているが、それぞれ設定内容が異なり指導時間も大きく異なる。 また、これらペースメーカー、植込型除細動器の管理は工学的な知識も必要となり、多くの施設では臨床工学技士が専門的に指導管理に当たっている。 上記内容より、臨床工学技士による心臓ペースメーカー指導管理を行った場合、特定保険医療材料の種類別に算定点数の増点を要望する。		1	2		

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	臨床工学	改正	B011-4	医療機器安全管理料	臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合(1月につき)100点 通知:生命維持管理装置とは人工心肺装置及び補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置(人工腎臓を除く)、除細動装置及び閉鎖式保育器をいう。	生命維持管理装置を用いて治療を行う場合(1日につき)50点 算定対象機器の拡大 ○手術室関連機器(麻酔器、電気メス、体外式ペースメーカー、麻酔ガスモニター) ○救急・集中治療室関連機器(生体情報モニター、パルスオキシメーター、輸液ポンプ、シリンジポンプ)生命維持管理装置以外を用いて治療を行う場合(1月につき)30点。	「医療機器安全管理料」という算定項目名だが、内容は「人工心肺装置及び補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置、除細動装置及び閉鎖式保育器」となっている。しかし管理料算定対象外の機器は院内に多数存在し、これらの点検も十分に行う必要がある。特に手術室、救急・集中治療室等で使用される医療機器は、人体への影響が大きく、臨床工学技士の専門的な知識と、専用の工具を用いた管理が必要である。算定対象の医療機器算を拡大することを要望する。また、生命維持管理装置を使用する場合、使用中は毎日動作中点検を行っているため1日毎の算定を要望する。	・除細動テスト参考価格133万円 ・フローメーター参考価格158万円 ・輸液ポンプテスト参考価格100万円 ・電気メステスター参考価格135万円			1	
○	31	臨床工学	新設		医療施設電波管理加算		医療施設電波管理加算 20点/入院初日	現在、総務省、厚生労働省が連携し「医療機関における適正な電波利用環境の構築」について整備を進めている状況にあるが、医療機関での電波管理は工学的な知識を有する臨床工学技士が担うべきであり、臨床工学技士による医療施設電波管理責任者の設置が望まれる。また電波管理には時間と専用の測定装置等が必要であり、診療報酬の算定を要望する。	スペクトラムアナライザ				

DPC重点要望

重点	No	要望項目	要望内容
○	1	精神疾患の受入れ評価 (機能評価係数Ⅱ 地域 医療指数・体制評価指 数)	<p>地域医療指数・体制評価指数の精神科身体合併症の受入体制において、身体合併症を持つ精神科患者や自殺企図などの重篤な精神疾患患者の受け入れは、現在「A230-3 精神科身体合併症管理加算」「A311-3 精神科救急・合併症入院料」の算定実績のみが評価対象となっており、精神病床を有する病院のみが評価される基準設定となっている。</p> <p>一方、精神病床が無い急性期病院においても、一般病床にて精神疾患を有する身体疾患の患者を受け入れているのが現状である。</p> <p>地域精神科医療、特に救急医療の充実と受け入れ機関の拡大を目的として、精神科病床の配置されていない病院においても、A300 救命救急入院料の注2加算「精神診断治療」および「A248 精神疾患診療体制加算」の算定実績で評価をすることを求める。</p>
○	2	高額薬剤の取扱い	<p>「DPCにおける高額な新規の医薬品等への対応について」は、一定の基準に該当する患者については、包括評価の対象外とし、次期診療報酬改定までの間、出来高算定することとしている。</p> <p>1) 対象外の決定は一定の基準に基づいて行われているが、中医協で年4回の審議の後決定されることから薬価収載から最大4ヶ月間包括されることとなり、DPC病院に大きな不利益をもたらしている。高額薬剤の薬価収載と同時に基準に基づき自動的に出来高決定されることを要望する。</p> <p>2) 厚生労働省HP掲載の高額薬剤通知では、該当薬剤が新規収載なのか用法用量の追加変更によるものかの区別がなく、新規薬剤以外では、表に記載された内容だけで直ちに出来高となるか否かの判断ができない。新規か効能追加の区別および用法用量等変更では該当する用法などを明記し、通知内容のみで適切に出来高薬剤が判断できる通知内容とされた。請求現場のみならず審査側でも混乱が見られ返戻の対象にもなっている。</p> <p>3) 出来高通知の薬剤は次期診療報酬改定で包括評価の対象となるが、このような事例で適切な分岐設定がされずほとんどの病院で出来高比較マイナスとなる薬剤が報告されている。出来高薬剤を包括診断群に組み入れる際は分岐設定など適切な処置をされるよう要望する。</p> <p>4) 悪性腫瘍に対するレジメンは組み合わせにより高額化する場合がある。ガイドラインに収載された新規レジメンについて適切に評価され、分岐設定や出来高評価とすることを要望する。</p>

DPC重点要望

重点	No	要望項目	要望内容
○	3	短期滞在手術等基本料の点数設定	平成30年度診療報酬改定で、DPC対象病院において短期滞在手術等基本料が算定不可となることを踏まえてこれに該当する診断群分類について点数設定方式Dを設定するとされた。しかし、高額薬剤ではない診断群におけるD方式の計算方法は短期滞在手術3と比較して短期入院のメリットに欠け、入院期間Iが1日というだけで点数としては特徴のない点数設定となっている。短期の入院においても短期滞在手術3と比較して不利益のない効率的な入院を担保する点数設定とされたい。
○	4	病理組織標本作成の出来高算定	入院患者の病理組織検査は悪性腫瘍等手術摘出臓器が多く、外来等の生検検体に比べ標本作製には医師をはじめ多くの人的経費を含めた支出が必要である。また、免疫染色(免疫抗体法)病理組織検査は、高額な試薬を用い、いずれも患者の治療選択あるいは病理診断鑑別診断に直結したものであり、多臓器数検索のことも多く、多数の標本作製する必要がある。現在は、十分な検索を行う場合は病院の持ち出しとなっている。従って、入院悪性腫瘍手術検体においては、病理組織標本作製ならびに免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製をDPC包括算定から除外し、出来高算定とすること。
○	5	他院受診の取扱い	DPC算定患者で入院中に他院を外来受診した場合、その診療費や薬代を入院中の病院と外来受診先病院との合議で決めることになっているが、実際は入院中の病院が外来受診先病院に診療費等を支払っているのが現状である。今後、高額医療機器の共同利用の一層の推進など効率的な配置が求められることを踏まえ、高額医療機器による診療が必要な場合や、かかりつけ医(精神疾患の患者等)等の外来受診を受ける場合など、患者にとって必要な外来機能がない場合、転院前診察を受ける場合で、かつ自院の主治医の許可を得るなどの条件を満たした場合は、他院分を出来高にて他院側で算定するよう、医療機能の分化・連携に即した明確なルール化を行うこと。
○	6	退院時処方取扱い	退院時処方は「退院後に在宅において使用する薬剤を退院時に処方すること」であるため、転院先で使用するために退院時に薬剤を処方する場合は、退院時処方として算定することはできない、とされている。そのため、転院先の医療機関にて取り扱いのない薬剤(抗がん剤や指定難病の治療薬)が転院後も必要となる患者については、現行の取り扱いでは退院時処方として算定できないため、転院元医療機関が負担するのが現状であり、さらにそれが制約となって転院の障害となる場合がある。このようなことから、転院の契機となった疾患に対する処方以外の薬剤は転院元医療機関での退院時処方ができるよう、今後の医療機能の分化・連携に即した算定ルール化を行うこと。

出来高 改正要望

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	全体	全体	「常勤職員の配置」が多い	常勤換算の拡大化	施設基準上、「常勤の職員」という条件が多く、届出出来ない事が多い。場合によっては、施設基準を満たさないがために、保険請求出来ない場合がある。 平成30年の診療報酬改定で一部常勤配置に関する要件の緩和はされたが、中小病院では更なる緩和が必要である。					
○	2	医師	改正	A000 A001 A002	初再診料における同一日複数科受診の取扱い	初診料 1科目 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)	初診料 1科目 282点 2科目 188点 3科目 94点 再診料(外来診療料) 1科目 72点(73点) 2科目 72点(73点)	医師の専門性を生かした各科協調による医療はより高度な全人的医療の提供であり、その個別診療科の専門性は当然評価されるべきである。したがって「同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合、初診については、2科目目を2/3、3科目目を1/3の評価とし、再診については減算することなく算定できること」を要望する。					

出来高 改正要望

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
○	3	医師	改正	A206	在宅患者緊急入院診療加算1の算定対象の緩和	在支診・在支病・在宅療養後方支援病院が在宅診療医の求めに応じて緊急入院を受入れた際に、在宅療養指導管理料等の算定の有無を問わず在宅患者緊急入院診療加算1を算定できるよう緩和	在支病では、要介護度1～5の患者の緊急入院を受入れた際に、在宅療養指導管理料等の算定の有無を問わず在宅患者緊急入院診療加算1を算定できるよう緩和 【在支診・在宅療養後方支援病院は現行どおり】	在支病の算定対象を緩和することで、200床未満の在支病の在宅患者受け入れの役割がより明確となり、在宅医療の推進に繋がる。 ※出来高新設要望のNO.2を参照					
○	4	医師	改正	A234	医療安全対策加算の増点	加算1 85点 加算2 35点	加算1 200点 加算2 100点	医療安全対策には、専従セーフティマネージャー、感染制御認定医師、認定看護師、薬剤師などの多職種の協力体制、ライフライン（電気、通信、医療ガス等）の品質を保つ設備管理要員の配置、患者の転倒・転落予防のセンサーやマット、ベッドなど、人的・物的費用がかかるが、現在の点数では全く不十分である。 また、特定機能病院の承認要件として専従の医師、薬剤師及び看護師を配置した医療安全管理部門の設置が求められており、これに準じて医療安全対策の向上を図る意味でも増点が必要である。					

出来高 改正要望

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
○	5	医師	改正	K685 K687	内視鏡的胆道結石除去術、内視鏡的乳頭切開術の算定要件の緩和	短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定	第1回目のみ算定ではなく、それぞれの手技を算定	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、胆管炎の増悪予防に際し、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に関する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。従って、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希望する。	バルーンカテーテル 37500円	2~3人	2人	なし	1時間~1.5時間
	6	医師	改正	A100	重症度、医療看護必要度 C項目共通事項の見直し	同一入院中の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	一連の再手術でも評価の対象とする	手術自体に対する看護必要度評価なので、初回手術か再手術かは関係なく、手術自体は行っていることから手術の回数に応じた評価をするべきである。					

出来高 改正要望

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
	7	医師	改正	A100	重症度、医療・看護必要度Ⅱ 評価対象の変更	一般病棟用の評価票評価の手引きでは、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術基本料を算定する患者は評価の対象としない	評価の対象としないものに歯科患者を加える	重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいては、A項目及びC項目をDPCのE・Fファイルを用いて評価するため、DPC対象外となる歯科患者はデータが無く、手術や専門的治療を行った場合でもA項目、C項目が0点となってしまいます。しかし、現行では評価の対象としないものに含まれていないため、基準を満たす患者の割合を計算する際は分母に含めなくてはならない。歯科患者を有する医療機関が重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた場合、入院基本料の施設基準に影響が出てしまうことから評価の対象としないものに加える必要がある。					
	8	医師	改正	A101	療養病棟入院基本料の医療区分2の対象疾患及び対象状態の見直し	区分2の対象疾患は筋ジストロフィー症、多発性硬化症等、脊髄損傷、慢性閉塞性肺疾患、悪性腫瘍	医療区分2の対象疾患として、後天性免疫不全症候群発症を追加	後天性免疫不全症候群を発症している患者で、急性期ではないものの、医療区分2の対象となる状態に該当するような医療必要度が高い場合がある。このため、療養病棟での対応が適切に受けられるよう、「対象疾患」に追加することを要望する。					
	9	医師	改正	A205-2	入院中の患者に対する超急性期脳卒中加算	12,000点(入院初日)	入院中に発症した場合は、9,600点(80/100)で算定	脳卒中以外の疾患で入院中に脳梗塞を発症し、4.5時間以内にt-PAが適正使用された場合も算定できるよう要望する。入院中においても24時間脳卒中の対応できる急性期の医療機関として迅速な診断と治療を行うことができる診療体制を整えているため。					

出来高 改正要望

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
	10	医師	改正	A234-2	感染防止対策加算2の増点	90点	100点	感染防止対策加算1との点数差が大きい。多職種で多大な時間を要して対策を行っており、専従要件以外は1と同様のチーム医療を行っている。					
	11	医師	改正	A234-2	感染防止対策地域連携加算の見直し	感染防止対策地域連携加算は感染防止対策加算1のみ算定が可	感染防止対策地域連携加算を感染防止対策加算2の医療機関も算定可。若しくは医療安全対策加算のように地域連携加算2を新設	感染防止対策加算1、2が合同でカンファレンスを行っているが、2の算定病院のみ地域連携加算がないのは不公平である。					
	12	医師	改正	A242	呼吸ケアチーム加算の増点	150点	200点	人工呼吸器の離脱のためのチーム医療に対する重要な評価であるが、他のチーム加算に比べ、点数が低いと考える。専門性を持つ臨床工学技士の配置を進めるためにも増点が必要である。					

出来高 改正要望

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	医師	改正	A302	新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日(出生時体重1,500g以上で厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している場合は35日、出生時体重が1,000g未満は90日、出生時体重が1,000g以上1,500g未満は60日)を限度として算定。	左記のうち、出生時体重1,000g未満は2つに分割して算定(出生時体重が1,000g未満500g以上は90日、500g未満は120日)	少子化対策は喫緊の課題であり、妊娠22週0日や250g未満の新生児も出生する時代である。小さければ小さいほど医療ケアに時間もかかるため、NICU入院日数の見直しが必要。90日を過ぎてもNICUのケアが必要な新生児が多いが、濃厚な医療ケアを提供しても入院基本料しか算定できない。					
	14	医師	改正	B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料に加算新設	600点	ドクターカー、ドクターヘリの場合は200点加算	ドクターカー、ドクターヘリによる搬送は、高度な専門性と緊急かつ重症な事案に対応しており、加算の評価が必要である。		○	○		
	15	医師	改正	B001の4	小児特定疾患カウンセリング料の2年限度廃止	2年を限度に月2回に限り算定	2年限度の廃止	長期にわたり疾患患者に対して指導、診療計画、カウンセリング等実施が必要である。2年の限度を廃止すること。					

出来高 改正要望

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
	16	医師	改正	B001の24	外来緩和ケア管理料の対象拡大	オピオイド使用中の患者に限る	オピオイド使用患者以外の非癌患者(心不全等)を追加	オピオイド使用患者以外でも緩和ケアが必要な患者はおり、多職種で対応している。					
	17	医師	改正	B009の注13	診療情報提供料(I)の歯科医療機関連携加算の算定要件見直し	入院中に歯科医療機関に往診依頼をした場合は算定不可	医科と歯科は異なるため、入院中に歯科医療機関の往診を依頼せざるを得ない場合に限り算定可	中小病院については、歯科の常勤医がいない場合が多く、また、入院中に歯科医療の必要が生じた場合(入院患者の高齢化に伴い摂食困難な場合や緊急に入院して全身麻酔手術を行うことになった場合)、往診を依頼せざるを得なく診療情報提供書を作成しているが、入院中であることから算定できないこととなっている。					
	18	医師	改正	C001	看取り加算の算定要件見直し	特別養護老人ホームは算定不可	特別養護老人ホームを算定可	特別養護老人ホームの配置医師で看取り介護加算を算定している場合でも、看取りにかかる労力を評価していただきたい。					
	19	医師	改正	D291-2	小児食物アレルギー負荷検査の対象年齢拡大	対象が9歳未満の小児	対象を15歳まで拡大	9歳以上の患者でも検査が必要な場合がある。対象年齢を15歳まで拡大していただきたい。					

出来高 改正要望

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
	20	医師	改正	K 通則17	周術期口腔機能管理後手術加算の該当手術拡大	人工関節置換術若しくは人工関節再置換術(股関節)、顔面・口腔・頸部、胸部及び腹部に掲げる悪性腫瘍手術若しくは心・脈管(動脈及び静脈は除く。)に掲げる手術をそれぞれ全身麻酔下で実施した場合又は造血幹細胞移植を実施した場合	泌尿器系の悪性腫瘍手術を追加	本加算が評価されているのは、周術期の口腔機能管理を行うことで口腔衛生状態不良によって起こる全身麻酔を伴う手術の合併症予防である。回腸導管造設を伴う膀胱悪性腫瘍手術や腎癌の部分切除など、泌尿器系の手術も長時間に及ぶため周術期の口腔機能管理が必要である。					
	21	医師	改正	K930	脊髄誘発電位測定等加算の対象拡大	脳、脊椎、脊髄、大動脈瘤、甲状腺、副甲状腺手術が対象	食道癌手術を追加	頸部、胸部での反回神経領域の操作が及ぶ食道癌手術にも脊髄誘発電位測定を行うことによって、反回神経麻痺を減少させることができる。					

出来高 改正要望

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
	22	精神科	改正	IO13	治療抵抗性統合失調症治療指導管理料	月1回 500点	導入後4週間は、毎週500点 導入後5～26週間は、毎週300点 それ以降は隔週300点	治療抵抗性統合失調症治療薬であるクロザピンの我が国での使用は、諸外国に比べ著しく遅れている。これは導入早期に無顆粒球症や心筋炎などの重篤な身体合併症が多く、そのためのモニタリングが煩雑なことによる。クロザピン導入早期の診療報酬を手厚くし、クロザピン導入を促進することで、多剤併用患者が減り、長期在院患者の地域移行が進み、結果として精神科入院治療における診療報酬の減少が見込まれる。	CT・エコー 血液生化学 末梢血などの検査が 24時間体制で必要				
	23	精神科	改正	A233-2 栄養サポートチーム加算	算定要件拡大	精神科病床は対象外		保険既収載技術であるA233-2栄養サポートチームの加算対象に、精神科病床を含めるよう要望する					
○	24	精神科	改正	IO06-2 依存症集団療法	算定対象の拡大	覚せい剤、麻薬、大麻、危険ドラッグに対する物質依存の状態にある入院中の患者以外の患者	ギャンブル依存を加える	依存症のうち、ギャンブル依存はアルコール依存(狭義の依存症は100万人だがアルコール使用障害は1000万人といわれている)の次に多く、これに該当する患者が全国に560万人存在すること。IR法案が成立した現在、ギャンブル依存症治療体制の整備は喫緊の課題である。					
○	25	精神科	改正	A230-4	リエゾンチーム加算	週1回に限り300点算定	週2回に限り400点算定	実際の臨床現場では、せん妄やうつ病、認知症の患者への対応の際に、週1回の関与では十分な治療効果を上げることはできない。患者によっては毎日の関与を必要とし、少なくとも週に2回程度の関与は必要である。緩和ケア診療加算が毎日算定を認められていることを考えてもアンバランスであり、算定回数増加を強く要望する。					
	26	精神科	改正	IO07	精神科作業療法	1単位は「2時間」のみ(220点)	「2時間」以外に新設(急性期) 1単位を30分とする	精神科における急性期の症状に対して早期から作業療法を提供するに当たり、現行の1単位120分については困難であり、1単位30分として算定できるようにする。					

出来高 改正要望

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
	27	精神科	改正	B001-2-6	算定要件拡大	算定要件の「精神科医療施設において休日に、救急医療の搬送として、救急用の自動車、緊急自動車、ヘリコプター」と明記されている。	医療法23条通報時では、警察によるパトカー搬送は範疇外であり、警察関与の23条通報の実際と解離しているため算定要件に加わえて欲しい。	医療法23条通報時の搬送手段として、警察車両による搬送も600点の算定が取れるようにして欲しい。					
	28	精神科	改正	A103	精神病棟入院基本料	15:1 824点	医療法における医師の標準数は一般病院では16:1、精神病院では48:1である。16:1での評価を要望する。	医療法では、身体科における一般病院の医師の標準数は病床数に対し16:1以上となっている。一方、精神科病院での同基準は48:1以上となっている。この場合の診療報酬は、15:1で考えると身体科960点、精神科824点となっており医師配置数より差が生じている。精神科においては、重篤な患者に対応するため医師16:1を確保している場合には精神科病院の評価を身体科と同様に評価してもらいたい。					
	29	精神科	改正	A311、A103	入院中の患者の他医療機関への受診(入院医療機関における算定)	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)に入院中の患者が他医療機関を受診した場合、入院医療機関は入院料を原則40%減算。出来高病棟に入院中の患者が他医療機関を受診した場合、入院医療機関は入院料を原則10%減算。	減算を廃止してほしい。	精神科単科病院に入院中の患者が他医療機関において身体疾患の診療を受けることはしばしばある。また、その受診に際しては家族との協議、看護師等職員の同行など多大な労力を要している。他の一般医療と同等に減算されることは合理性を欠く。				事務1人	1件につき30分
○	30	リハビリ	改正	A308-3	地域包括ケア病棟・病床におけるリハビリ要件の改正	リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上を提供	要件の緩和	設置基準1~4のうち自宅退院率70%以上が義務付けられている1と2まで「2単位以上」、3と4については「1単位以上」とする。(期間猶予含む)					

出来高 改正要望

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
○	31	リハビリ	改正	A308-3	地域包括ケア病棟・病床におけるリハビリ要件の改正	リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上を提供	要件の緩和	地域連携パスにおいて脳卒中と大腿骨頸部骨折の継続したリハの重要性を評価されていることもあり、「脳血管等リハ料」「運動器リハ料」を算定した患者だけについて平均2単位以上の算定として欲しい					
	32	リハビリ	改正	A310	緩和ケア病棟におけるリハビリテーション料	緩和ケア病棟におけるリハ料は包括となっている	リハスタッフ配置による加算	緩和ケア病棟におけるリハビリは痛みの緩和やADLの維持・改善など内容は幅広く、入院治療によって苦痛症状がコントロールされ、病状が安定している場合は自宅などへの退院支援も必要であり、理学療法士または作業療法士の病棟配置(加算)をもうけてほしい					
	33	リハビリ	改正	H000H00	心大血管・呼吸器・運動器リハ料の算定に言語聴覚士を追加	言語聴覚士は疾患別リハの心大血管・呼吸器・運動器リハ料を算定できない	言語聴覚士が実施した場合もリハ料を算定可能に	すべての疾患別リハに、言語聴覚士の関与が必要な病態(廃用を含む)はあり、すべての疾患別リハで、適切な病名と客観的評価が認められれば、言語聴覚士の算定を認めて欲しい					
	34	リハビリ	改正	H004	摂食機能療法について	言語聴覚士の関与がなくても認められている	摂食嚥下障害があっても、言語聴覚士の疾患別リハの算定が限られている	摂食機能療法については、実際の食事場面での対応や病棟での取り組み等多職種連携を評価されており、現状では言語聴覚士の関与がなくても認められている。疾患別リハの対象とならない病態に対して、言語聴覚士が関与した場合は加算で評価して欲しい					
	35	リハビリ	改正	H007-2	がん患者リハビリテーション料の施設基準の算定要件	がん患者リハビリテーションの施設基準にある研修の要件はチームでの参加が必要	すでに基準を取得している場合は、欠員が出た場合単独参加を認めて欲しい	退職や配置換えなどで欠員が出た場合、チームでの参加は参加費用の負担やスタッフの研修参加による業務負担の増大あるため					

出来高 改正要望

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
	36	リハビリ	改正	H007-2	がん患者リハビリテーション料の対象疾患	対象疾患に泌尿器系がんの明記がない	算定対象に泌尿器系がんを追加	泌尿器系のがんは高齢者に多く、治療過程においてADLの低下をきたしやすく、リハの介入が必要であるため					
	37	リハビリ	改正	A100	ADL維持向上等体制加算	一般病棟でのリハスタッフを配置した場合、患者1人当たり80点	120点への増点	平成26年度から新設された施設基準を満たす配置基準では、様々なチーム医療におけるメリットがあるが、疾患別リハを算定した場合と比較して療法士1人あたりの診療報酬上のデメリットが大きい。					
○	38	事務	改正	A207	診療録管理体制加算1の増点	100点(入院初日)	100点(入院初日)の増点又は算定要件の退院患者数の緩和	診療録管理体制加算1の算定要件に年間退院患者2,000名ごとに1名の専任の常勤診療記録管理者の配置が義務付けられている。急性期病院では平均在院日数も短縮し、病床回転率も上がっているため配置職員を多く求められている。専任職員の配置が難渋する中で、専任職員を採用できる現実的な点数設定とは言い難いため100点の増点を又は退院患者数を25%緩和し2,500名に要件緩和することを要望する。					

出来高 改正要望

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
○	39	事務	改正	A207-2	医師事務作業補助体制加算1の増点	(入院初日) 15対1 920点 20対1 708点 25対1 580点 30対1 495点 40対1 405点 50対1 325点 75対1 245点 100対1 198点	病床比の数に対応した各加算の増点 15対1に125増点 20対1に100増点 25対1と30対1に60増点 40対1と50対1に25増点 75対1と100対1に10増点 15対1 1045点 20対1 808点 25対1 640点 30対1 555点 40対1 430点 50対1 350点 75対1 255点 100対1 208点	「当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わないが、当該保険医療機関の常勤職員(週4日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週32時間以上である者をいう。)と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。(一部略)」(平成30年保医発0305第2号)を要件とし、常勤換算による場合であっても差し支えないこととなっているが、実質的に常勤職員同等の時間を勤務する従事者の配置が必要である。また、当該従事者は所定研修の履修が必要で、一定程度の専門知識を要することに加え、都市部とそれ以外の地域では人員の確保について、地域間格差があるのが現状である。 厚生労働省等による実態調査において、当該加算は勤務医の負担軽減に「効果がある」「どちらかといえば効果がある」と回答した施設は9割超であり、医師の負担軽減及び処遇の改善のさらなる推進の観点からも、医師事務作業補助者の配置人数を充実させることは重要である。 現状では、病床比が高いほど、医師事務作業補助者1人当たりの診療報酬が低く設定されている。 各病床比の医師事務作業補助者1人当たりの診療報酬差が少なくなるよう、傾斜的な増点を要望する。					

出来高 改正要望

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
	40	事務	改正	A234-3	患者サポート体制充実加算	70点(入院初日)	配置職員の要件緩和及び150点(入院初日)への増点	①標榜時間内において常時1名以上配置を緩和して、単に相談担当の専任の看護師又は社会福祉士等の配置でよいと考える。 ②必ずしも「常時」相談窓口へ専任の職員を配置する必要はなく、取り次ぎが確実にできる体制を構築することで、十分に患者等に対する支援体制ができるものとする。 ③看護師や社会福祉士等の有資格者が、そのように迅速かつ専門的な支援を行った場合に相応の評価をすべきであるとする。 以上のことから標榜時間内において常時1名以上配置から標榜時間内において専任の看護師又は社会福祉士等1名以上の配置に要件を緩和し、①から③をもとに70点から150点に増点を要望する。					
	41	事務	改正	B009	診療情報提供料(I)の算定要件緩和	医療機関等ごとに算定できる。	高度医療機関等では、同一病院2科以上算定できるようにしてほしい。	高度医療機関等へ紹介が必要な場合、専門の診療科にそれぞれ診療情報提供書をお渡しする機会が多い。同一病院の診療科ごとに算定できることを要望する。		1			
	42	事務	改正	B009	診療情報提供料(I)注7 情報提供料加算 200点の算定要件緩和	退院した患者に算定できる。	外来患者へ算定要件を拡大してほしい。	最近、他院へ患者を紹介する場合、ほぼ全ての患者に画像の情報を添付しているため。				1	0.5H
	43	事務	改正	A246 注4	地域連携診療計画加算	退院時1回 300点	退院時1回 500点	現行点数では、診療情報提供書250点+情報添付加算200点となるため、当該加算を算定することは無いため、連携促進に寄与しない。増点(500点)を要望をする。					

出来高 改正要望

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
	44	事務	改正	A245	データ提出加算	加算1(150、200点) 加算2(160、210点)	各区分50点の増点	急性期一般病棟入院料を算定する医療機関は、データ提出加算の施設基準の届出を行っていることが要件となっている。急性期入院医療の実態調査に協力することは大切なことであるが、DPC対象病院以外がデータ作成、提出に係る人員確保が必要であり、職員の専門性も要求される。増点(50点)要望する。					
	45	看護	改正	A246	入院時支援加算の算定の仕組みを変更	入退院支援加算の加算という位置づけ	入院時に支援を実施した場合、予定入院・救急入院に関わらず加算を単独で算定可能とする 20点	人力的余裕がない病院では、入退院支援加算を算定する患者のほとんどが救急患者等の突発的な患者の対応となる。一方、入院時支援加算は予定患者を想定しているため、加算を算定しにくい状況がある。入院時支援加算の独立した評価を求める。					
○	46	看護	改正	A246	入退院支援加算	600点	引き上げ 800点	緊急入院の退院支援に労力を要しており、入院時に支援を行っていても入院時支援加算の対象外である。入院時支援加算は、入院前からケアマネ等の関係者と連携をとりながら生活状況を把握し、入院後の治療の経過・生活について支援を行うことを評価するとあるが、現状のとおり算定が出来なくては普及していかない。相応の評価をいただきたい。					
	47	看護	改正	A246	入退院支援加算1の専従者の取扱い	非常勤の専従者は不可。	専従要件の緩和。非常勤職員を週20時間以上の勤務者2名以上で1名分カウントとして専従配置する場合には、算定可能とする。	早期退院に向け、指導する際に常勤でなければならない理由がないため。					

出来高 改正要望

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
○	48	看護	改正	A207-3	急性期看護補助体制加算	210点～130点	現行点数の増点 300点～150点	看護職員の負担軽減及び処遇改善のために、看護補助者を配置している。また、今後も負担軽減のためにより多くの看護補助者の雇用を検討しているが、現段階では加算点数が低いために看護補助者の人件費を賄うこともできていない。また、看護補助者の業務に見合う加算とも考えにくい。加算の向上を要望する。 点数の増点によって職員雇用の増加に繋がり、看護師の負担軽減、医師の負担軽減につながる事が期待できる。					
	49	看護	改正	A247	認知症ケア加算2	14日以内-30点 15日以上-10点	評価の引き上げ 14日以内-45点 15日以上-15点	認知症患者への対策は今後の高齢化社会において重要であり、身体拘束についても患者家族への丁寧な説明が求められる。 認知症患者は、行動面・心理面など介入頻度が高く、専門知識を有した多職種が連携し安全な治療を継続しなければならない。個々の患者状況に応じた看護計画を作成、実施評価する等、想定以上に時間と労力を費やしている。今後、高齢化で当該患者が増加し、早期退院に向けて、不可欠な取り組みであり、加算全体の引き上げを要望する。					
	50	看護	改正	B001-23	がん患者指導管理料ロ・ハの上限回数撤廃	患者一人につき6回	上限回数の撤廃	がん診療はそれ以外の疾患と異なり困難な治療や告知・インフォームド・コンセントを行う場面が多くあり、6回上限は非現実的である。					

出来高 改正要望

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
	51	看護	改正	A 入院料	施設基準の条件にある「研修会」の、勤務時間内の開催について	施設基準の条件に定められた「研修会」開催は、看護師が参加した場合、研修会の参加時間は勤務時間のカウントから外されるため(様式9)、現状、時間外に行わざるを得ない。	施設基準の条件に定められた「研修会」開催は、看護師が参加した場合、様式9において、研修会の参加時間も勤務時間としてカウントされること。「新人臨床研修」においても同様。	厚生労働省にて「働き方改革」を提唱しており、残業時間を減らそうとしている一方で、同じ厚生労働省にて施設基準の条件に定められた「研修会」開催は、看護師が参加した場合、様式9における看護師の勤務時間から外され、実質時間外にしか参加できないようになっているのは矛盾を感じるため。					
	52	薬剤	改正	A244	病棟薬剤業務実施加算の増点	100点/週/全病棟	120点/週/全病棟	病棟薬剤業務は、持参薬の確認から薬歴管理をしたうえでの患者の状態を考慮した処方提案等、多くの業務を実施している。この業務を行うために、病棟専任薬剤師が週20時間以上病棟常駐をしているが、薬剤部全体として、人員的な負担が大きく増点を要望する。					
○	53	薬剤	改正	A244	病棟薬剤業務実施加算要件の緩和	回復期リハビリ病棟や地域包括ケア病棟などの包括病棟では算定できない	出来高算定	病棟薬剤業務実施加算の保険点数が包括されている病棟においても当該業務のニーズは高く、人的、物的コストをかけて対応している。実際の医療現場で薬剤師に求められている役割は大きく、保険点数を出来高で算定できるよう要望する。					

出来高 改正要望

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
○	54	薬剤	改正	B001の23 がん患者指導管理料ハ	がん患者指導管理料ハの算定回数上限の撤廃	患者一人につき6回に限り算定する。	算定回数上限をなくす。	多くの種類のレジメンを適応する患者が増加し、また、がん化学療法を長期に継続する患者が増えている。患者指導には、副作用の評価も含まれており、継続した指導が必要である。レジメン変更時には注意する副作用症状も当然変化するため、回数上限は患者に安全な薬物療法を提供するうえで障壁になると考えられる。					
	55	薬剤	改正	B014	退院時薬剤情報管理料	退院時90点/回	150点/回	退院時服薬指導は、患者家族だけでなく医療従事者からも望まれている。地域包括ケア制度構築に向け、退院から在宅へのシームレスな薬学的管理が重要であるが、退院時の情報共有の手段として活用されるお薬手帳の作成には多くの労力を要する。業務量にあった点数の引き上げを要望する。					
	56	薬剤	改正	G020	無菌製剤処理料1ロイ以外の場合	安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行った場合に算定する	算定要件の緩和	無菌製剤処理料1の算定要件が安全キャビネットに限定されているため、現行では無菌調製用密封アイソレーターで無菌処理を行った場合、算定できない。無菌調製用密封アイソレーターは陰圧になっており、クラスⅢ安全キャビネットレベルに分類されており従来のクラスⅡ安全キャビネットより有用である。また、がん薬物療法における暴露対策ガイドラインにおいても使用可能となっているため、加算対象となることを要望する。					

出来高 改正要望

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
	57	薬剤	改正	G020	無菌製剤処理料1(悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)、イ	閉鎖式接続器具を使用した場合180点	400点	調整時に閉鎖式接続器具(CSTD)を使用した場合は、投与時にも同様のデバイスが必要になる。調製者以外にも投与に携わる者にとってもCSTDは暴露防止の点から重要である。特に、複数回の使用ではCSTDの使用が前提であり、抗がん薬適正使用の観点からもCSTD使用を推進する必要がある。現在の点数では、使用するほどに持ち出しになるため増点を要望する。					
○	58	臨床検査	改正	D026	国際標準検査管理加算の増点	国際標準検査管理加算 40点	国際標準検査管理加算 60点	昨年末の改正医療法の施行により、医療機関における検査の質の客観的評価や品質向上が求められ、ISO15189認定取得の意義が高まってきている。一方、ISO15189認定取得と維持には多額の費用がかかり、とくに中小規模施設で取得が進まない大きな要因となっている。中小規模施設での持ち出しが解消でき、中小規模施設を含め多くの医療機関で取得が進むよう、増点を要望する。	JAB認定維持費用、人件費、精度管理、校正にかかる費用	1		臨床検査技師(10)	
	59	臨床検査	改正	D012-25	ノロウイルス抗原定性の算定要件の見直し・患者制限の緩和	ノロウイルス抗原定性:150点 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)工悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、また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	現在、適応がア)～オ)の患者に限られているが、それ以外の患者にも検査を必要とする場合が多い。感染力が強力であるため、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である。また、重篤例や死亡例も発生しているため病原体特定の必要性は高い。同様に外来においても、市中の集団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られる。 ア)～オ)以外の学生、児童生徒や飲食店、給食施設、宿泊施設等の従業員が下痢・嘔吐症状で外来受診した場合、自費診療になるために検査が実施されない場合が多く、市中の保健衛生上、集団感染防止の観点から問題である。上記の場合、保険診療の対象となるよう算定要件を見直していただきたい。					

出来高 改正要望

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
	60	臨床検査	改正	K920	血液型検査の算定要件見直し	輸血に伴う血液型検査として初回1回のみ54点算定可	輸血前の二重チェックとして血液型検査を実施した場合も別に54点を加算する。	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検査する旨の記載と同一患者の二重チェックを実施するよう記載がある。	血液型検査のコストは大体350円程度				
	61	臨床検査	改正	N006 5	悪性腫瘍病理組織標本加算の算定要件の見直し・対象拡大	150点 原発性悪性腫瘍に対して、決められた手術術式(K721-4、K740、K740-2が対象)にしか算定できない。	算定対象を拡大(K455、K458、K463、K526-2、K719-3を含むように)してほしい。	全ての悪性腫瘍手術に対する加算と理解されるので、 ①耳鼻科領域の悪性腫瘍(K455顎下腺悪性腫瘍手術、K458耳下腺悪性腫瘍手術、K463甲状腺悪性腫瘍手術)、 ②食道ESD(K526-2早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術)、 ③腹腔鏡下手術(K719-3腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術)、 なども算定対象としてほしい。					
	62	臨床検査	改正	N002-8	免疫抗体法、4種類以上加算の対象疑い疾患の追加	免疫抗体法:8 その他(1臓器につき)400点 注2 8について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、1,600点を所定点数に加算する。	「注2」に規定する「確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者」に、以下2疾患を追加。 ①リンチ症候群(Mismatch Repair Protein) ②脳腫瘍のGlioma	現在規定されている加算対象疾患以外の症例においても、多種類の免疫染色を要するケースが増加している。 特に左記①②においては、予後予測や腫瘍発生予測の指標として、4種以上をセットとして免疫抗体法を実施することがあり、4種以上加算の対象として追加されることを要望する。	免疫染色装置、試薬等他の免疫染色とほぼ同じ				3日

出来高 改正要望

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
	63	臨床検査	改正	D検体検査実施料 通則3	外来迅速加算の項目数増(増点)	1項目につき10点(1日につき5項目まで)	1項目につき10点(1日につき10項目まで)	外来診療における検査結果の即時説明は患者の利便性向上と外来診療の質の向上に欠かせないが、現状では算定項目数が制限されており、十分とはいえない。症例毎の測定項目数に見合うように、算定項目数の増加を要望する。	設備費、機械備品費、人件費	1		臨床検査技師	
	64	臨床検査	改正	D215 2	下肢血管エコー検査の増点	450点	600点	医療安全上、肺血栓予防の重要性は高く、術前スクリーニング、術後、長期臥床、リンパ性浮腫、産婦人科、血液疾患など対象領域は広く、需要は増えている。両下肢を対象とするので、検査時間は表在エコー検査の2倍近くの60分を要する。前回の改定で100点増点されたが、不十分であり、労力に見合う600点への増点を要望する。					
	65	臨床検査	改正	D215	D215「超音波検査」の2-ハ「その他の体表」の中にいれられている乳腺エコー検査点数の増点	350点	600点	現在、乳腺エコー検査は甲状腺や皮下エコーと同じその他の体表エコーの一つにいれられており、診療報酬上、臓器の区別なく、350点で一律となっている。しかしながら、乳腺エコー検査は左右の乳房及び腋窩リンパ節まで広く検査範囲に含まれており、甲状腺や皮下エコーなどと比べかなり長時間を要する。腫瘍が見つかった場合は、良悪にかかわらずドブラ検査やエラストグラフィなどの補助診断を追加することが普通で、癌が疑われた場合はさらに傍胸骨や鎖骨上窩のリンパ節の検索も行われる。これらの負担に見合う点数の増点を要望する。					
○	66	放射線	改正	E 通則	画像診断管理加算[施設基準]	当該保険医療機関以外の施設に読影または診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない	施設基準から除外、もしくは総件数の数%未満などと算定要件の緩和を求める	少数の放射線科医で読影体制を確保している場合、わずかでも外部委託したら算定不可といった要件は厳しすぎ、放射線科医の疲弊と離職を招く。その結果、画像診断管理に不備をきたし、不十分な画像提供や不要な被ばくの増加など患者への影響も大きい。また、画像診断医が不得意とする分野の診断委託は、医療水準の維持に有用と考える。					

出来高 改正要望

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
○	67	放射線	改正	E200 E202	CT撮影 MRI撮影	64列以上のCT撮影や3テスラ以上のMRI撮影の算定には、画像診断管理加算2の届出が必須要件。	地域医療支援病院であれば、64列以上のCT撮影や3テスラ以上のMRI撮影が算定できるよう要件緩和。	検査件数の増加や読影医の不足により、画像診断管理加算2の要件は非常に厳しいものがあるため、地域医療支援病院として高度な放射線機器を導入してもそれに見合う診療報酬が算定できていない。64列以上のCT撮影や3テスラ以上のMRI撮影は地域医療支援病院であれば算定できるように要件緩和してほしい。					
	68	放射線	改正	E200 E202 (注加算)	乳房MRI撮影加算 小児鎮静下MRI撮影加算 頭部MRI撮影加算	当該加算の算定には、画像診断管理加算2の届出が必須要件。	画像診断管理加算2の要件を削除。	冠動脈CT撮影加算や心臓MRI撮影加算については、疑義解釈にて画像診断管理加算2の届出がなくても、専門の診療科医師等の要件を満たせば、加算の届出は可能となっている。乳房MRI撮影加算も同様の要件となるように緩和をお願いしたい。					
	69	放射線	改正	E102 E004 E102 E203	画像管理加算1 画像管理加算2の増点	加算1 70点 加算2 180点	加算1 100点 加算2 200点	患者の被爆管理をしている施設は、増点をお願いしたい。被爆管理施設を広げるため。					
○	70	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 食事療養費Ⅱ 1食につき506円	食事療養費Ⅰ 1食につき700円 特別食加算84円 食事療養費Ⅱ 1食につき557円	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93.3、平成30年は103.9となっている。昨今は人件費も高騰しており、このままでは、医療の一環としての食事提供が困難となる恐れがある。物価上昇分の増額を要望する。					

出来高 改正要望

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
○	71	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を、特別食加算算定対象肥満度+40%またはBMI30以上	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、除去の程度が個々によって異なるなか、安全に最大の注意を払って調理する必要がある。このように、個々の状態に見合ったものを提供する必要があるため、高い技術力とコストを要する。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。 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。栄養指導の基準に合わせて、加算要件の緩和を要望する。					
○	72	栄養	改正	A233-2	栄養サポートチーム加算要件緩和	結核や精神病棟および特定入院料対象患者には算定できない	精神科、結核、回復期リハ病棟1、地域包括ケア病棟、小児など特定入院料算定の場合でも、NSTを算定可能に	近年精神科や結核病棟においても、NSTは積極的に活動している。また回復期リハや、小児、地域包括ケアも一般病棟と同様にNSTが活動している。自治体病院は、行政的な医療を担う部分も大きいため、要件緩和を要望する。 精神科においては、肥満による生活習慣病や長期の向精神薬による副作用で食欲不振となり、低栄養リスクが大きい。 結核においても同様に、食欲不振に陥ることが多く、低栄養が治療の妨げになる。 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。 小児においては、容易に低栄養に陥りやすく、きめ細かな管理が必要とされる。特定入院料算定の場合でも、多職種による栄養管理は非常に重要であり、包括ではなく評価されることを要望する。					

出来高 改正要望

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
	73	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。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。点数の引き上げを要望する。					
	74	栄養	改正	A226-2	緩和ケア診療加算における個別栄養食事管理加算の拡大	個別栄養管理加算は悪性腫瘍を有する当該患者のみ70点を加算	緩和ケア診療加算の施設基準に末期心不全が追加されたが、個別栄養食事管理加算は悪性腫瘍のみ。個別栄養食事管理加算も、緩和ケア診療加算と同様の、後天性免疫不全症候群、末期心不全を追加。	後天性免疫不全症候群および末期心不全では、食欲不振や消化管吸収障害、利尿薬の使用による電解質異常、そして水分管理など栄養に関わる問題は多く、悪性腫瘍同様、管理栄養士の介入が必要となる。施設基準の改定に伴い、個別栄養食事管理加算に、緩和ケア診療加算と同様の、後天性免疫不全症候群と心不全の追加を要望する。					
	75	栄養	改正	B001-11	集団栄養指導の増点	1回40分以上80点	1回40分以上160点	特別食を必要とする複数の患者に対して、栄養指導を実施しているが、個別指導にはないメリットがある。食事療法への取り組みを共有することで、意識改革や行動変容にもつながり、患者自身の自信にもつながっている。また、指導時間も長いことや、個別栄養指導が増点された時にも、据え置きであったため、増点を要望する。					

出来高 改正要望

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
	76	栄養	改正	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料 管理栄養士の配置について	回復期リハビリテーション入院料1について、管理栄養士がリハビリ実施計画等の作成への参加、栄養評価や計画の見直しが要件だが、必置ではない	回復期リハビリテーション病棟1について、管理栄養士配置の義務化	脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対して、寝たきり防止と在宅への移行を促進するにあたり、栄養管理は欠かせない。脳血管疾患では、適切な食形態を提供することで、訓練がスムーズに進むことが期待できる。管理栄養士が常駐することで、日々の変化に的確に対応し、リハビリ効果を上げることにもつながる。低栄養に対する対策も、迅速な栄養管理が治療の一助となり、早期在宅療養に移行するためにも、管理栄養士配置の義務要望する。					
	77	栄養	改正	B001-9 B001-10	外来及び入院栄養指導 小児関連栄養指導を加算	対象外	6歳未満の乳幼児に対する栄養指導は加算対象	低出生体重児や発育不良の児など、小児の栄養に関する問題は多い。また、先天性代謝異常も、タンデムマススクリーニングの導入により、発見される病名も6種から26種以上と増加したが、算定対象病名は、3種のみとなっている。少子化の時代に、小児の健全な成長発達を促すうえで、栄養管理は非常に重要である。小児科にあっては、6歳未満の乳幼児加算がある。栄養指導においても、6歳未満の乳幼児には、特定の疾患に関わらず算定を要望する。					
	78	栄養	改正	B001-9 B001-10	外来及び入院栄養指導 食物アレルギー対象年齢の緩和	9歳未満	年齢制限なし	食物アレルギーの患者は増加しており、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。食物除去と代替え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。					
	79	臨床工学	改正	K923	術中術後自己血回収術	1濃縮及び洗浄を行うもの 5,500点 2濾過を行うもの 3,500点	臨床工学技士が実施した場合	(人的配置要件) 機器の取り扱いに習熟した臨床工学技士が操作することが望ましい。	自己血回収装置				

出来高 改正要望

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
○	80	臨床工学	改正	B011-12	心臓ペースメーカー指導管理料	心臓ペースメーカー指導管理料 イ 着用型自動除細動器による場合 360点 ロ イ以外の場合 360点 体内植込式心臓ペースメーカー等とは特定保険医療材料のペースメーカー、植込型除細動器、両室ペーシング機能付き植込型除細動器及び着用型自動除細動器を指す。	不整脈デバイス指導管理料に名称変更 イ 着用型自動除細動器による場合 360点 ロ イ以外の場合 (1)ペースメーカーによる場合360点 (2)両心室ペースメーカーによる場合 420点 (3)植込型除細動器による場合480点 (4)両室ペーシング機能付き植込型除細動器による場合 540点	現在、心臓ペースメーカー指導管理料は、ペースメーカー、両心室ペースメーカー、植込型除細動器、両室ペーシング機能付き植込型除細動器の種類に関係なく360点の算定となっているが、それぞれ設定内容が異なり指導時間も大きく異なる。 また、これらペースメーカー、植込型除細動器の管理は工学的な知識も必要となり、多くの施設では臨床工学技士が専門的に指導管理に当たっている。 上記内容より、臨床工学技士による心臓ペースメーカー指導管理を行った場合、特定保険医療材料の種類別に算定点数の増点を要望する。		1	2		

出来高 改正要望

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
○	81	臨床工学	改正	B011-4	医療機器安全管理料	<p>臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合(1月につき)100点</p> <p>通知:生命維持管理装置とは人工心肺装置及び補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置(人工腎臓を除く)、除細動装置及び閉鎖式保育器をいう。</p>	<p>生命維持管理装置を用いて治療を行う場合(1日につき)50点</p> <p>算定対象機器の拡大</p> <p>○手術室関連機器(麻酔器、電気メス、体外式ペースメーカー、麻酔ガスモニター)</p> <p>○救急・集中治療室関連機器(生体情報モニター、パルスオキシメーター、輸液ポンプ、シリンジポンプ)</p> <p>生命維持管理装置以外を用いて治療を行う場合(1月につき)30点。</p>	<p>「医療機器安全管理料」という算定項目名だが、内容は「人工心肺装置及び補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置、除細動装置及び閉鎖式保育器」となっている。しかし管理料算定対象外の機器は院内に多数存在し、これらの点検も十分に行う必要がある。</p> <p>特に手術室、救急・集中治療室等で使用される医療機器は、人体への影響が大きく、臨床工学技士の専門的な知識と、専用の工具を用いた管理が必要でる。算定対象の医療機器算を拡大することを要望する。</p> <p>また、生命維持管理装置を使用する場合、使用中は毎日動作中点検を行っているため1日毎の算定を要望する。</p>	<p>・除細動テスト参考価格133万円</p> <p>・フローメーター参考価格158万円</p> <p>・輸液ポンプテスト参考価格100万円</p> <p>・電気メステスター参考価格135万円</p>			1	

出来高 新設要望

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	新設	A	過疎地域加算	なし	1日につき18点	過疎地域において、医師不足等を鑑み、離島加算と同等な点数※届出制(地域包括病棟も出来高)					
○	2	医師	新設	A206	在宅患者緊急入院診療加算の紹介側の評価	在支診・在支病・在宅療養後方支援病院が在宅診療医の求めに応じて緊急入院を受入れた際に、在宅療養指導管理料等の算定患者に限定して在宅患者緊急入院診療加算1を算定できるが、紹介側の評価はない	在支病に要介護1～5の患者を送った場合に、送り元の診療所が選定できる『在宅患者緊急入院紹介加算200点』を新設	要介護1～5の在宅患者の紹介先として、急性期医療を主とする病院ではなく地域密着型病院である200床未満の在支病を選択する流れを強化することで、病院の機能分化が明確となる。 ※出来高改正要望のNO.3を参照					
	3	医師	新設		褥瘡や慢性難治性潰瘍の創傷に対するデブリードマン	なし	褥瘡や慢性難治性潰瘍の創傷に対するデブリードマン	褥瘡や慢性難治性潰瘍の創傷に対するデブリードマンは適切な点数がない。従来のデブリードマンは熱傷等で植皮を行うことを前提としており上記の疾患に対しては算定できない。汚染創に伴うデブリードマン加算は主に外傷(特に急性)を対象としており、これも算定できない。					

出来高 新設要望

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	新設		経膈エコー検査の新設	経膈超音波検査は、腹部超音波検査530点で算定している	経膈超音波検査の項目を新設を要望する	現在、経膈超音波検査の項目はなく、腹部超音波検査で算定している。そのため腹部超音波検査と回数が重複してしまい、審査において査定されてしまう。					
	5	医師	新設		意思決定支援加算		入院中1回 400点	<p>施設基準要件： 入退院支援加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。人生の最終段階における医療に係る事柄に関して、主治医などから相談にのる「医療・ケアチーム」が配置されていること。医療・ケアチームのメンバーは医師、看護師、社会福祉士から構成され、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づいた意思決定支援プログラムを活用した研修会を受講した者、もしくは意思決定支援に関わる専門看護師を少なくとも1名含むこと</p> <p>算定要件： 主治医などが、入院患者の人生の最終段階における医療に係る事柄に関して、医療・ケアチームとカンファレンスを行い、事前ケア指示書を作成し、患者に交付するとともに、その写しを診療録に添付する。事前ケア指示書は、患者の人生の最終段階においてこのようにして欲しいと患者から医療機関に対する希望を記録するものである。</p>					
	6	医師	新設		診療情報提供料1		事前ケア指示加算200点	<p>施設基準要件： 意思決定支援加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること</p> <p>算定要件： 保険医療機関が、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関等に対して、事前ケア指示書を添付して紹介を行った場合は200点を所定点数に加算する</p>					

出来高 新設要望

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
○	7	精神科	新設		精神科包括的支援マネジメント料	なし	入院後に行われる多職種による生活機能のアセスメント、治療計画から退院支援のためのケア会議を行った場合に、入院後3か月まで毎月500点 退院後も同様なマネジメントを行った場合、退院後6ヶ月まで毎月300点	中重度の精神障害者の地域生活を支えていくためには、多職種協働による包括的支援マネジメントが必要である。多職種協働によるチーム医療が精神科医療の特徴だが、ケア会議については、時間や手間がかかるにもかかわらず診療報酬上の裏付けがない。入院後の多職種による生活機能の評価、治療計画、退院支援のためのケア会議、さらに退院後の地域のケア担当者、学校、職場などとの会議に対し一定の評価をすべきである。					
	8	精神科	新設		精神科作業療法計画策定・管理料	なし	350点	精神科作業療法は精神疾患を有するものの社会生活機能の回復を目的として行うものであるが、漫然としたレクリエーションや院内作業が提供されている。地域移行が重要視される中、患者の望む社会生活に向け、適宜・適切に作業療法を提供することが求められている。そのためにも「作業療法計画を策定し、継続的に管理している場合、月1回算定できること」を要望する。				作業療法計画策定時間：評価・面接で平均で38分程度	
	9	精神科	新設	A103	重度薬物依存症入院医療管理加算	なし		薬物依存症入院患者に対し、多職種チームによる集中的かつ多面的な専門治療を計画的に行う					

出来高 新設要望

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
○	10	リハビリ	新設		糖尿病を対象とした疾患別リハの追加	糖尿病がリハビリの対象疾患になっていない	糖尿病を疾患別リハに追加して欲しい	糖尿病や予備軍と合併症が増加する中、糖尿病への運動療法は、治療として外せない項目であるとされており、重篤な合併症を防いで医療費を抑える効果もあるため					
	11	リハビリ	新設		急性期休日リハ実施加算の新設	回復期にはあるが急性期にはない	急性期病棟からも早期退院を促し、在院日数の短縮を図るため	急性期入院患者に対しても、早期退院、在院日数の短縮を図るためにも必要					
	12	事務	新設		医療連携という役割に評価をお願いしたい。	点数なし	(仮)医療連携体制強化加算30点(入院初日)	病病連携、病診連携、患者様の予約取得調整から受診日調整まで、連携業務なしにはスムーズな紹介は成り立たないが、現状その評価はなされていない。 病院の規模にもよるが、連携業務担当の存在の有無は連携の質、引いては患者サービスの質に差が出ていることは間違いないと考える。医療ソーシャルワーカー等の採用も進み、そのマネジメントの専門性も高まっているため最低限の点数を要望する。					
	13	事務	新設	入院通則(留意事項)	救急初療室で死亡した場合の点数の改変	当該医療機関の救急専用病床に入院したとみなし、救命救急入院料等を算定する。ただし、入院患者の数には計上しない。	(仮)救急処置管理料 10,000点(現行の救命救急入院料と同様の包括ルールあり)	救急初療室にて死亡した場合は、救命救急入院料を算定するため、システムでは入院としているが、入院患者の数から除外する必要があるため、非常に煩雑な事務作業が発生している。さらに、患者への請求は入院請求書である上、明細には「救命救急入院料」が表示されており、実際には入院に至っていないため、患者への説明が困難である。救命救急入院料と同様の医学管理料の新設を要望する。					

出来高 新設要望

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
○	14	事務	新設	C004	救急搬送診療料	なし	看護師等のみが同乗した場合:500点	医師は同乗しないが、救急救命士、特定行為の研修を修了した看護師等が引き続き処置行為をしながら移動した場合の評価を要望する。					
	15	看護	新設		特定行為研修修了者による特定行為の実施に対する評価	なし	在宅で特定行為を実施した場合200点	看護師の役割拡大に向け特定行為に関する看護師の研修制度が始まった。研修修了者が実施する特定行為の評価。研修修了者が、在宅患者に特定行為を実施することで、在宅療養の継続、医師の負担軽減につながる。特定行為の実施が評価されれば、活動が拡大していくと思われる。					
	16	看護	新設		認知症看護認定看護師による「もの忘れ看護外来」の評価	なし	左記の点数化	高齢化社会に伴い認知症相談窓口として左記を無料で開設している。より高度な知識を持っている認定看護師の相談についても算定可能にして欲しい。					
	17	看護	新設		周術期管理チーム加算		100点	周術期管理チームによる周術期管理の評価を要望					
	18	薬剤	新設	B008	薬剤管理指導料	なし	外来薬剤管理指導料1回/月 300点	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無いため、新たな評価として要望する。					

出来高 新設要望

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
○	19	薬剤	新設	B008 薬剤管理 指導料	外来患者への周術期の服薬指導	なし	指導料 200点	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、医師に照会したうえ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。現在、薬剤師による外来患者に対する指導料は「がん患者指導ハ」が設定されているが、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勘案すると、「がん患者指導ハ」と同じ200点を要望する。					
	20	薬剤	新設		他施設に薬学的管理に必要な薬剤情報を提供した場合の評価	なし	地域連携薬剤管理料(仮)または現在の診療情報提供料への加算100点/回	病院機能分化が進む中、高度急性期病院、急性期病院、回復期病院、慢性期病院や在宅等においてシームレスに薬物療法を継続することは極めて重要である。薬物療法の情報を施設間で共有することで、薬物療法の質が上がり、患者QOL向上が期待できる。既存の診療報酬として診療情報提供料があるが、転院時には医師の診療情報に加えて多くの職種より情報提供されおり、それらについては診療報酬上の評価はない。					
	21	薬剤	新設		入院患者の持参薬の鑑別料	入院時支援加算、病棟薬剤業務実施加算に含まれる	持参薬鑑別料 100点/回	入院患者の多くはポリファーマシーであり、持参薬を鑑別することは薬物療法を行う上で欠かすことができない。実際に行うためには多くの労力を要する業務であるが、現在点数設定がない。薬物療法を安全に行うためには必須の業務であり評価を要望する。					

出来高 新設要望

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
○	22	臨床検査	新設	D011	不規則抗体同定	0点(未収載)	不規則抗体同定300点(不規則抗体が陽性であり、不規則抗体同定を行った場合に算定する)。	不規則抗体が陽性であった場合、その同定が必要不可欠であるが、現在は全部病院側の持ち出しとなっている(但し、実施件数は少ない)。	不規則抗体同定のコストは大体3000円程度。				2時間～1日
	23	臨床検査	新設	D023-2	薬剤耐性因子確認検査の新設	0点(未収載)	薬剤耐性因子確認検査 50点 (ESBLs、メタロβラクタマーゼの薬剤耐性因子の確認検査を薬剤耐性菌確認用試薬を使用して実施した場合、入院患者の初回実施時にそれぞれ50点算定する)	国を挙げて耐性菌への対策が進められている中、日本臨床微生物学会の耐性菌検査法ガイドにもとづいて、院内での耐性菌対策として①ESBLsと②メタロβラクタマーゼの薬剤耐性因子確認検査を薬剤耐性菌確認用試薬を用いて実施しているが、保険収載されておらず病院の持ち出しとなっているので、新規項目として追加を要望したい。					
○	24	放射線	新設		医療被ばく管理料	なし	医療被ばく管理料の設置	2020年に医療法で医療被ばく管理を定める省令が施行される予定であり、それに伴い医療被ばく線量を管理する責任者を置く医療機関に対しての評価を要望する。					
	25	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

出来高 新設要望

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
	26	放射線	新設		CTやMRIの3D画像構築の点数化	なし	出来高算定に	画像機器の高度化により3D画像の構築の要望が多くなっている。3D画像構築は診断のみならず手術などの治療に大きく貢献している。					
	27	栄養	新設		病棟栄養管理業務実施加算	なし	管理栄養士が病棟において、病棟勤務医等の負担軽減及び栄養食事療法の有効性、安全性の向上に資する栄養管理を行うことに対する評価。病棟単位で評価。算定は、当該病棟入院中の患者に対して、週1回50点の算定とする。	入院患者に対する栄養管理の必要性は高く、疾患に適合した食事や、経腸栄養剤の提案、喫食量の把握と必要な栄養確保に関すること、低栄養対策、食物アレルギーの把握など幅広く要求されている。平成22年4月30日医政発0430第1号でも、医療スタッフの協働・連携によるチーム医療が推進されている。これらは、入院時食事療養制度以上の関りでもあり、管理栄養士が専門的立場で連携することで、適切な食事形態を提供し、栄養状態の改善に寄与することが可能となるうえ、医師や看護師等医療者の業務負担軽減にもつながる。治療への貢献とともに、感染対策、在宅への移行援助等、病棟において管理栄養士がおこなう栄養管理に対する評価を要望する。					
○	28	臨床工学	新設		医療施設電波管理加算		医療施設電波管理加算 20点/入院初日	現在、総務省、厚生労働省が連携し「医療機関における適正な電波利用環境の構築」について整備を進めている状況にあるが、医療機関での電波管理は工学的な知識を有する臨床工学技士が担うべきであり、臨床工学技士による医療施設電波管理責任者の設置が望まれる。また電波管理には時間と専用の測定装置等が必要であり、診療報酬の算定を要望する。	スペクトラムアナライザ				

出来高 新設要望

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	臨床工学	新設		在宅人工呼吸療法安全管理料 遠隔モニタリング加算		○臨床工学技士による在宅医療機器管理・指導料 600点/回 1回/月まで ○遠隔モニタリングによる場合(訪問による在宅医療機器管理・指導料の算定以外に) 300点/回 1回/月まで	在宅医療の充実、重点化・効率化、地域包括ケアシステムの構築等の着実な実現にあたり、在宅における人工呼吸装置の安全管理は重要である。 臨床工学技士の定期的な訪問による保守点検、停電対策も含めた総合的な安全管理、ならびに教育の充実を図り、安全で安心な在宅医療の提供に対し診療報酬の新設を要望する。 また、遠隔モニタリングの推進は厚労省の規制改革項目にもあり、人工呼吸器の遠隔モニタリングを実施した場合の診療報酬についても別途新設を要望する。					
	30	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。					
	31	臨床工学	新設		在宅人工腎臓等機器管理加算	なし	臨床工学技士が在宅人工腎臓を訪問指導管理した場合。 患者1名につき 2,000点/回 1回/月まで	在宅医療の普及に伴い、在宅人工腎臓が増加傾向にあるなかで、機器の調整、保守管理、停電対策を含めた総合的な安全管理が必要不可欠である。そのためには医師の指示に基づき、臨床工学技士が機器固有の特性を踏まえた上で定期的に訪問管理を行うことが必要である					

出来高 新設要望

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
	32	臨床工学	新設		医療機器中央管理料	なし	医療機器中央管理を行う専任の臨床工学技士が配置され、医療機器管理システム等により、医療機器の一元管理を行い、貸借管理、保守管理を実施した場合。 30点／入院初日	病院内に臨床工学技士を適正配置し、保守管理の整備を行い、医療機器を安全かつ有効的に使用できるよう管理体制を構築する。 臨床工学技士の主たる業務で手間と時間を要し、技士の在籍する施設は、ほとんどが医療機器安全管理責任者を兼務しており、安全管理体制にも充分貢献している。	校正器 測定機器				

DPC要望

重点	No	要望項目	要望内容
○	1	精神疾患の受入れ評価 (機能評価係数Ⅱ 地域 医療指数・体制評価指 数)	<p>地域医療指数・体制評価指数の精神科身体合併症の受入体制において、身体合併症を持つ精神科患者や自殺企図などの重篤な精神疾患患者の受け入れは、現在「A230-3 精神科身体合併症管理加算」「A311-3 精神科救急・合併症入院料」の算定実績のみが評価対象となっており、精神病床を有する病院のみが評価される基準設定となっている。</p> <p>一方、精神病床が無い急性期病院においても、一般病床にて精神疾患を有する身体疾患の患者を受け入れているのが現状である。</p> <p>地域精神科医療、特に救急医療の充実と受け入れ機関の拡大を目的として、精神科病床の配置されていない病院においても、A300 救命救急入院料の注2加算「精神診断治療」および「A248 精神疾患診療体制加算」の算定実績で評価をすることを求める。</p>
○	2	高額薬剤の取扱い	<p>「DPCにおける高額な新規の医薬品等への対応について」は、一定の基準に該当する患者については、包括評価の対象外とし、次期診療報酬改定までの間、出来高算定することとしている。</p> <p>1) 対象外の決定は一定の基準に基づいて行われているが、中医協で年4回の審議の後決定されることから薬価収載から最大4ヶ月間包括されることとなり、DPC病院に大きな不利益をもたらしている。高額薬剤の薬価収載と同時に基準に基づき自動的に出来高決定されることを要望する。</p> <p>2) 厚生労働省HP掲載の高額薬剤通知では、該当薬剤が新規収載なのか用法用量の追加変更によるものかの区別がなく、新規薬剤以外では、表に記載された内容だけで直ちに出来高となるか否かの判断ができない。新規か効能追加の区別および用法用量等変更では該当する用法などを明記し、通知内容のみで適切に出来高薬剤が判断できる通知内容とされた。請求現場のみならず審査側でも混乱が見られ返戻の対象にもなっている。</p> <p>3) 出来高通知の薬剤は次期診療報酬改定で包括評価の対象となるが、このような事例で適切な分岐設定がされずほとんどの病院で出来高比較マイナスとなる薬剤が報告されている。出来高薬剤を包括診断群に組み入れる際は分岐設定など適切な処置をされるよう要望する。</p> <p>4) 悪性腫瘍に対するレジメンは組み合わせにより高額化する場合がある。ガイドラインに収載された新規レジメンについて適切に評価され、分岐設定や出来高評価とすることを要望する。</p>

DPC要望

重点	No	要望項目	要望内容
○	3	短期滞在手術等基本料の点数設定	平成30年度診療報酬改定で、DPC対象病院において短期滞在手術等基本料が算定不可となることを踏まえてこれに該当する診断群分類について点数設定方式Dを設定するとされた。しかし、高額薬剤ではない診断群におけるD方式の計算方法は短期滞在手術3と比較して短期入院のメリットに欠け、入院期間Iが1日というだけで点数としては特徴のない点数設定となっている。短期の入院においても短期滞在手術3と比較して不利益のない効率的な入院を担保する点数設定とされたい。
○	4	病理組織標本作成の出来高算定	入院患者の病理組織検査は悪性腫瘍等手術摘出臓器が多く、外来等の生検検体に比べ標本作製には医師をはじめ多くの人的経費を含めた支出が必要である。また、免疫染色(免疫抗体法)病理組織検査は、高額な試薬を用い、いずれも患者の治療選択あるいは病理診断鑑別診断に直結したものであり、多臓器数検索のことも多く、多数の標本作製する必要がある。現在は、十分な検索を行う場合は病院の持ち出しとなっている。従って、入院悪性腫瘍手術検体においては、病理組織標本作製ならびに免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製をDPC包括算定から除外し、出来高算定とすること。
○	5	他院受診の取扱い	DPC算定患者で入院中に他院を外来受診した場合、その診療費や薬代を入院中の病院と外来受診先病院との合議で決めることになっているが、実際は入院中の病院が外来受診先病院に診療費等を支払っているのが現状である。今後、高額医療機器の共同利用の一層の推進など効率的な配置が求められることを踏まえ、高額医療機器による診療が必要な場合や、かかりつけ医(精神疾患の患者等)等の外来受診を受ける場合など、患者にとって必要な外来機能がない場合、転院前診察を受ける場合で、かつ自院の主治医の許可を得るなどの条件を満たした場合は、他院分を出来高にて他院側で算定するよう、医療機能の分化・連携に即した明確なルール化を行うこと。
○	6	退院時処方取扱い	退院時処方は「退院後に在宅において使用する薬剤を退院時に処方すること」であるため、転院先で使用するために退院時に薬剤を処方する場合は、退院時処方として算定することはできない、とされている。そのため、転院先の医療機関にて取り扱いのない薬剤(抗がん剤や指定難病の治療薬)が転院後も必要となる患者については、現行の取り扱いでは退院時処方として算定できないため、転院元医療機関が負担するのが現状であり、さらにそれが制約となって転院の障害となる場合がある。このようなことから、転院の契機となった疾患に対する処方以外の薬剤は転院元医療機関での退院時処方ができるよう、今後の医療機能の分化・連携に即した算定ルール化を行うこと。

DPC要望

重点	No	要望項目	要望内容
	7	患者の流出入の考慮 (地域医療指数)	地域医療指数の評価は、医療圏ごとの担当患者数により評価されているが、各都道府県が進める医療計画では患者の流出入が考慮されている。 一部の医療圏では二次医療圏をまたぐ患者を受けることが想定されるため、患者の流出入を考慮した見直しをお願いしたい。
	8	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤の定義表と評価の見直し	脳動脈瘤破裂後に、(遅発性)脳血管攣縮を合併した場合、全身的薬物療法やTripleH療法など、多くの医療資源を用いるため、「(遅発性)脳血管攣縮」を定義副傷病名に設定し、日当点を高くすべきである。
	9	内頸動脈脳動脈瘤の分類変更	内頸動脈脳動脈瘤のICD-10コードがI671からI720に変更となり、閉塞性疾患に分類されるようになったが、治療に必要な手術や検査は脳動脈瘤と同じであるため、閉塞性疾患の分岐にある手術や検査では治療内容が正しく評価されない。010030未破裂動脈瘤の分類とすべきである。
	10	ハイフローセラピーに係る分岐設定の新設	ハイフローセラピーは、ネーザルカニューラにより、高流量・正確な酸素濃度・十分な加温加湿、酸素化の早期改善と呼吸仕事量の軽減、飲食や会話、睡眠、口腔ケアを容易にし、人工呼吸器と比較しても患者にとって有用な手技である。平成28年度の診療報酬改正で算定可能となったが、DPC制度下では包括される。肺炎等呼吸管理が重要な診断群において人工呼吸に準じて処置2の分岐設定による適切な評価を要望する。
	11	川崎病治療における年齢分岐の新設	川崎病の治療において、年長児では、γグロブリン製剤の投与量が多く、また、複数回の投与を必要とする重症例が多い。γグロブリン製剤の使用により、年長児では病院の持ち出しが極めて多額となる症例があるため、現状の2歳未満、2歳以上の年齢分岐に4歳以上の年齢分岐の新設を要望する。

DPC要望

重点	No	要望項目	要望内容
	12	再入院ルールの廃止	<p>前回診療報酬改定において再入院ルールが厳格化され入院契機となった傷病名が180040に定義されるICDコードである場合が再入院とされた。しかし、T80輸液、輸血及び治療用注射に続発する合併症、T81処置の合併症、他に分類されないもの、T82心臓及び血管のプロステーシス、挿入物および移植片の合併症、T83尿路性器プロステーシス、挿入物及び移植片の合併症、T84体内整形外科的プロステーシス、挿入物及び移植片の合併症、T85その他の体内プロステーシス、挿入物及び移植片の合併症、T87再接着及び切断に特有の合併症、などを前回入院診断群および治療内容を考慮せずに再入院とすることは不当である。</p> <p>この再入院ルールの廃止を要望する。</p>