

平成29年6月15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 邊見公雄

(公印省略)

診療報酬対策委員会

委員長 森田眞照

「平成30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

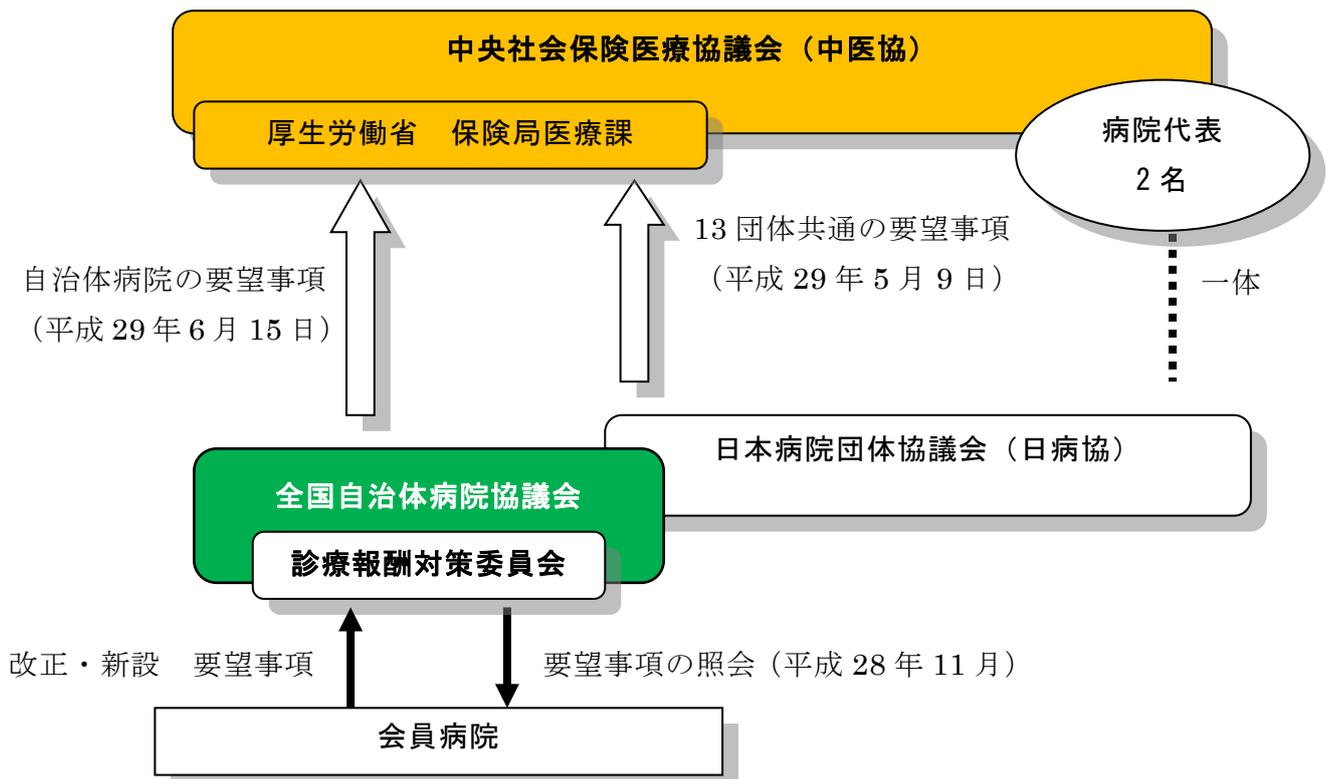
平素は当協議会事業にご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

先般の平成30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、厚生労働省保険局医療課長へ直接要望して参りました。

本要望書は、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活用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。



平成 30 年度 社会保険診療報酬に関する

改正・新設要望書

平成 29 年 6 月 15 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
提言	P.2
診療報酬対策委員会及び DPC 小委員会 委員名簿	P.3
出来高 重点要望	P.4
D P C 重点要望	P.15
出来高 改正要望	P.17
出来高 新設要望	P.45
D P C 要望	P.55
平成 30 年度診療報酬改定に関する改正・新設要望項目の調査に係る DPC 病院における持参 薬アンケート 集計結果	P.60

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 687 項目（出来高 565 項目・DPC122 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、地域医療の最後の砦である病院の団体として、特有の要望にも力点を置きながら、「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て検討を重ねて参りました。その結果、出来高 110 項目、DPC18 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、基本診療料を中心とした上乘せであり、実際に支払う消費税額に応じたものではないため、医療機関間の公平性を欠いていますので、是正が必要です。

以上より、平成 30 年度診療報酬改定について次のことを提言し、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 邊見公雄

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

提言

出来高	<ul style="list-style-type: none">○ 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、健全な医療提供体制確保のために、算定要件の緩和及び関係する項目を大幅に引上げること。○ 入院基本料と関係する重症度、医療・看護必要度基準において内科系重症疾患の評価を拡充すること。○ エビデンス（根拠）に基づく積算の上、コスト（人件費、材料費等）に見合う点数を設定すること。○ 医療機関における消費税負担は、診療報酬以外で対応すること。○ 極めて少数の施設（全国で数施設）しか取得できない施設基準を設定しないこと。
D P C	<ul style="list-style-type: none">○ 機能評価係数Ⅱの地域医療係数は、その重要性に鑑み、他より配分を重くすること。○ 敗血症、DIC は他の診断群の副傷病としての評価を充実させること。○ 心不全のみを治療した場合のコーディングルールを変更すること。○ 年齢により医療資源投入量が大きく異なる診断群に関しては、年齢分岐を設けること。

診療報酬対策委員会及びDPC小委員会 委員名簿 (平成29年5月25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 院長	常務理事	長	○
仙賀 裕	茅ヶ崎市立病院 院長	常務理事	○	
瀬戸 嗣郎	静岡県立こども病院 名誉院長・参与		○	
小林 進	千葉県立佐原病院 院長		○	
阪本 研一	美濃市立美濃病院 院長		○	
小野 剛	市立大森病院 院長	理事 中小病院委員会	○	
吉嶺 文俊	新潟県立十日町病院 院長	常務理事 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	事務長部会	○	
佐藤 浩子	公益財団法人東京都保健医療公社大久保病院 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	薬剤部長部会	○	
齋藤 勝彦	富山市立富山市民病院 中央研究検査部主任部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 診療放射線科部長	放射線部会	○	
本荘谷 利子	東京都立墨東病院 栄養科長	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 院長	理事	長代行	長
平林 高之	砂川市立病院 院長			長代行
浜野 公明	千葉県がんセンター 診療部長			○
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 院長	担当副会長	○	

「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	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。					
○	2	医師	改正	A100	一般病棟入院基本料「重症度、医療・看護必要度」の算定要件拡大	一般病棟用の重症度、医療、看護必要度評価 A項目2点以上かつ B項目3点以上 他	(1)評価日数の延長 【A項目】 救急搬送後の入院 2日から3日に延長 【C項目】 胸腔鏡・腹腔鏡手術 3日から5日に延長 救命等に係る内科的治療 2日から3日に延長 (2)C項目の救命等に 係る内科的治療 に以下を追加 ・糖尿病性ケトアシドーシス ・重症脳卒中 (JCS30以上)	急性期医療を必要とする高齢認知症患者が増加しているが、現在の一般病棟用重症度、医療・看護必要度基準ではそれらの患者を適切に評価することができない。A項目の救急搬送後の入院及びC項目の胸腔鏡・腹腔鏡手術、救命等に係る内科的治療の評価日数の延長が必要である。また、手術は施行しないが重症状態である内科疾患は多く、C項目に糖尿病性ケトアシドーシス、重症脳卒中(JCS30以上)の追加を要望する。					

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患者に限定して算定	在支病においては、要介護度1～5の患者の緊急入院を受入れた場合に在宅療養指導管理料等の算定の有無を問わず算定できるよう緩和	在宅患者の緊急入院受け入れを促進することを目的としたものであるが、在宅扱いの施設からの受け入れ数も年々増えており、施設職員との連携も必須である。限られた職員数で効率的に在宅療養患者のみならず、施設からの受入れも含めて広く高齢者の緊急入院を受入れるべく努力している200床未満の地域密着型病院である在支病に限定して対象患者を要介護度で規定し、送り側の在宅診療医にも加算を設定※することで、在宅医療の推進における在支病の役割を明確にすべきである。 ※ 出来高新設要望のNo.3を参照					
○	4	医師	改正	A234-2 A236 A308-3	感染防止対策加算 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 地域包括ケア病棟入院料	専従の薬剤師、看護師、リハビリスタッフ等	専任の薬剤師、看護師、リハビリスタッフ等	200床未満のいわゆる中小病院にあつては専従ではなく専任でも可能とすることにより、関係職種専従確保が困難な地方の中小病院においても、感染防止対策、褥瘡ハイリスク患者ケア等が推進される。					
○	5	医師	改正	A307	小児入院医療管理料における救急医療管理加算の算定	救急医療管理加算は別途算定不可	救急医療管理加算を包括除外	地域における小児医療の確保を図る目的で新設された小児入院医療管理料である。その中で小児救急入院も対応する上で、救急医療管理加算は包括されずに算定できることを要望する。					
○	6	医師	改正	A400-3	短期滞在手術等基本料3のヘルニア手術	両側手術に対する評価がない	ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)について両側の場合の点数設定	一度の手術で両側を実施の場合は、手術料(また、使用材料)が2倍になる。片側と両側の手術が同点数の基本料では不合理と考える。両側の場合においては、病院の持ち出しが大きくなるため、それぞれの点数設定を要望する。					

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
○	7	医師	改正	B009	歯科を標榜していない病院での医科歯科連携の評価(増点と算定対象拡大)	歯科医療機関連携加算 100点 【算定対象が限定】悪性腫瘍手術又は心・脈管系の手術若しくは造血幹細胞移植の手術を行う患者で術前に歯科医師による周術期口腔機能管理の必要性を認め、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合	歯科医療機関連携加算 200点 【算定対象の拡大】院外歯科医と連携して入院中に歯科診療を行った患者の診療情報提供を行った場合を追加	中小病院では常勤歯科医の配置は困難で地域の歯科医との連携が必要となる。平成26年度改定で診療情報提供料に「歯科医療機関連携加算100点」が設定されたが、対象が悪性腫瘍・心血管・血液疾患の術前に限定され、ほぼ外来診療を対象としたものである。平成28年度改定で入院診療に対しては「栄養サポートチーム加算」に「歯科医師連携加算50点」が新設された。これからは回復期診療(特に高齢者診療)における歯科口腔内機能管理の役割が認知されたものだが、短期間の入院期間中に歯科診療を完結することは不可能なため、NSTでスクリーニングされた患者(対象疾患を限定せず)に対して入院中に歯科診療を導入し、退院後の継続的診療に繋げることが地域包括ケアシステムの構築を一層進めるために重要な方策と考える。地域の中小病院における医科歯科連携体制構築について、評価を引き上げ、対象を拡大すること。					
○	8	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、精神科病院では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。					

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	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	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
○	10	精神科	新設		重度薬物依存症入院医療管理加算	なし	精神病棟入院基本料及び精神科特定入院料への加算30日以内300点(1日につき)	依存症では現在、重度アルコール依存症入院医療管理加算は30日以内200点、31日以上60日以内100点で入院料に対する加算とし設けられている。薬物依存症患者は、アルコール依存症に比べて特に初期治療に人的・時間的・労力的にも多くが必要であるため30日以内300点(1日につき)の加算の創設を要望する。					
○	11	精神科	新設		クロザピン管理指導料	なし	血液検査を実施した際、1回380点精神科病棟だけでなく特定入院料算定病棟及び医療観察法指定入院施設でも算定可能とする。	・クロザピンは長期入院者の地域移行、今後発生する長期入院の予防のためには必須の薬剤である。 ・クロザピンの処方を促進するためには、精神科救急、急性期の段階で導入を検討する必要がある。またクロザピン導入を促進し、地域移行を実現していくためには、療養病棟でも用いる必要があり、また救急・急性期等で導入した患者の転棟ないし転院を療養病棟が受け入れることが必要であるため、全ての病棟で算定を可能とする。	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				

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
○	12	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	がん患者リハビリテーション料の施設基準にある「適切な研修」については「同一医療機関から医師、病棟においてがん患者のケアに当たる看護師、リハビリテーションを担当する理学療法士等がそれぞれ1名以上参加して行われるものである」となっている。	欠員もしくは増員が必要となった資格(職種)が単独で研修に参加することを認めること。また、当該研修が終了した後は算定要件を満たすものとして認めること。	欠員に対する補充や増員が必要となった場合、すでに研修が終了している職種の職員についても再びチームとして研修に参加する必要があること。また産休や育児休業などの代替職員については算定要件を満たす研修を受けていることが採用条件の一つとなっていることなどから業務に滞りが生じるとともに短期間で2度3度の研修に参加することになり参加費用が負担となる。					
○	13	リハビリ	改正	H007-4	リンパ浮腫複合的治療料算定要件、施設基準の見直し	当該医療機関が、直近1年間でリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定している。またはリンパ浮腫診断にかかる連携先として届けた医療機関において直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回算定している。	リンパ浮腫発症患者へのケアを実施した際には、リンパ浮腫複合的治療料を算定できるよう、リンパ浮腫指導管理50回以上というリンパ浮腫複合的治療料の変更を要望する。	リンパ浮腫は術後10年以上経過後も発症し、リンパ浮腫ケアが必要である。リンパ浮腫を発症した患者にはリンパ浮腫ケアを実施するが、施設基準のリンパ浮腫指導管理料が50回に達しないため、リンパ浮腫複合的治療料が算定できず、無料での提供となっている。また、リンパ浮腫指導管理50回以下の場合の要件が設けられているが、リンパ浮腫の診断で連携している医療機関がなければ該当する例は少ない。必要に応じて算定可能になるように施設基準の変更を要望したい。					
○	14	事務	改正	A207	診療録管理体制加算1の増点	100点	300点	診療録管理体制加算1の算定要件に退院患者2000名につき1名の常勤の診療記録管理者の配置が義務付けられており、非常勤職員の常勤換算や、派遣職員・請負方式は不可とされている。診療記録の管理は臨床を行う上で非常に重要な業務であり、それゆえ常勤の職員が専門的に行うことが望ましいと思われるが、2000名×100点＝200,000点(2,000,000円)では常勤の職員を雇える現実的な点数設定とは言い難いため。					

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
○	15	事務	改正	A207-2	医師事務作業補助体制加算1の増点	15対1 870点 20対1 658点 25対1 530点 30対1 445点 40対1 355点 50対1 275点 75対1 195点 100対1 148点	各150点増	近年電子カルテの普及や社会情勢の急速な変化等により医師の業務が増大する傾向は、必ずしも十分改善できている状況ではない。医師の指示のもと、業務を補助する事務作業補助者の需要は、特に急性期医療を担う病院は増加しているため、それに見合う点数が必要であるため。					
○	16	看護	改正	A100	7対1入院基本料の算定要件の緩和(新人看護師臨床研修)	厚生労働省は新人看護師臨床研修を努力義務化しているが、臨床研修への参加時間を病棟勤務時間から除外	新人看護師臨床研修への参加時間を病棟勤務時間として扱う	新人看護師臨床研修が努力義務化されていること、新人が安全に看護実践する為の研修であることを根拠として、これら研修への参加時間を病棟勤務時間として扱うべきである。					
○	17	薬剤	改正	B014	退院時薬剤情報管理指導料	90点	150点	地域包括ケアシステム構築に向けて薬剤師による患者への退院から在宅へのシームレスな薬学的管理が評価されている。病院薬剤師による退院時の服薬指導とは、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称(副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。)に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する指導であるが、現行の90点では低いため業務量に見合った点数の引き上げを要望する。					

出来高重点要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間	
○	18	薬剤	改正	F000 F500注3	調剤料	0点(F000) 10点(F500注3)	増点 40点	患者の高齢化により、錠剤の粉碎・一包化調剤が増加している。患者アドヒアランスの向上には患者のニーズやQOLに応じた調剤が必要であり医療安全上からも重要であるが、医科点数表では認められていないことから増点を要望する。また、外用薬の混合調剤点数には調剤点数表とに格差が生じていることから、増点を要望する。						
○	19	薬剤	新設		薬剤師による外来患者の常用薬等調査業務の評価	外来受診患者について、病棟薬剤業務に擬する業務を行うことがあり、外来診療に役立っているが報酬が認められていない	100点/回	現在、入院決定時に入院手続きの説明等が行われているが、併せて薬剤師が手術予定患者等の常用薬を確認し抗血栓薬の中止を主治医に情報提供する等、外来から入院への安全な薬学的管理が不可欠である。外来患者の常用薬調査、当該処方薬の服薬状況調査、有害事象の確認業務に対する評価を要望する。						
○	20	臨床検査	改正	D026	検体検査管理加算の区分見直し	検体検査管理加算Ⅱ100点 検体検査管理加算Ⅲ300点 検体検査管理加算Ⅳ500点	検体検査管理加算Ⅱの100点を300点に引き上げる。現行の検体検査管理加算Ⅲは廃止。検体検査管理加算Ⅱ300点 検体検査管理加算Ⅳ500点	専任の検査医(病理医や外来診療を行っている内科医など)を配置して検体検査の適正や管理運営を行っている場合(現行の加算Ⅱ)、加算Ⅳの500点と比べて加算Ⅱは100点であり、実質的な診療報酬上の格差が大きい。現行の加算Ⅲ(300点)はほとんど届け出されていない状況を鑑みて、現行加算Ⅱを300点に引き上げていただきたい。加算Ⅲは廃止。						
○	21	臨床検査	新設	D011	不規則抗体同定	なし(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					

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	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5%未満、などと算定要件を緩和	読影体制を確保しているものの、検査件数の増加に対応しきれず、医師確保も困難な状況の中で、わずかでも委託している場合には算定できないといった要件は、今後の読影体制の維持に大きく影響する。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。					
○	23	放射線	新設		画像診断機器の保守管理に対する加算	なし	画像診断機器の保守管理に対する加算	画像診断機器の保守契約と日常管理を適切に行うためにはそれなりの経費が必要である。一定の基準を満たした機器使用に対して加点を要望する。 (医療機器安全管理料2のような点数を画像診断機器に設定をお願いしたい。)					
○	24	栄養	改正	A233-2	栄養サポートチーム加算の増点	週1回 200点 医療資源の少ない地域 100点(専従要件緩和による)	週1回 400点 医療資源の少ない地域 200点(専従要件緩和の継続)	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り、医療費の減少が期待される。しかし、専従1名の配置とチームでの活動に対する点数評価が不十分であり、増点していただきたい。栄養食事指導点数とNST加算点数が逆転している。					

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
○	25	栄養	改正	入院時食事療養費	増額	入院時食事療養費 I (1食につき) (1)640円 (2)575円 特別食加算 1食につき76円	入院時食事療養費 I (1食につき) (1)710円 (2)635円 特別食加算 1食につき85円 治療を目的とした食事であることの専門性を評価して欲しい。 また、消費者物価上昇分及び消費税増税を加味した金額を要望	治療効果を高めて早期退院を目指すには入院中の食事の喫食率を高め栄養状態の維持改善が重要であることは周知の事実である。そのため安全で良質な食事提供を行う必要がある。総務省発表の「食料の消費者物価指数の推移」でも平成26年度の消費税8%導入以前は横ばいであったものが、導入後の上昇に加えこれまでの約3年間で3%強の上昇がみられる。安全の確保された良質な食材にはそれ相応の対価も必要である。また、早期退院を目指すため栄養管理上、栄養補助食品の利用も増加し食材費が増している。多種多様な治療食の提供には献立作成から調理までの専門的知識及び技術が必要である。それらの人材確保は厳しくなっている。平成26年度診療報酬改定時に消費税8%へのアップがもたれなかった。消費税10%も予定されている。食材料費のほか委託料、機器類更新にも同様に消費税がかかる。また、光熱水費の価格上昇もある。平成30年度から、さらに患者の自己負担もアップされるので、それに見合った、食事内容が求められているので改正していただきたい。					
○	26	栄養	新設	地域連携に関すること	管理栄養士による食事情報提供に関する評価	なし	栄養部門からの食事情報提供を行った場合の評価	チーム医療を推進する中で、患者情報の共有の必要性は高まっている。診療情報提供の中には栄養の項目は重視されていない。実際に転院先の病院や施設からは入院中の食事内容、特に食形態などの照会が増えている。院内での専門性を発揮した役割分担が進む中、細かな内容については、病院で食事提供を担っている栄養部門からの情報提供は有用である。それに対する評価をお願いしたい。					

出来高重点要望

重点	No	要望部門	改正・新設区分	点数表区分	要望項目	現行	要望	要望理由	必要な機器・材料とその価格等	医師	看護師	その他	所要時間
○	27	臨床工学	改正	B011-12	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。	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		1(臨床工学技士)	
○	28	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(使用中の不具合が起これば生命に直結する機器)の拡大(体外式ペースメーカー、電気メス、非観血式自動血圧計、パルスオキシメーター、輸液ポンプ、シリンジポンプ等) 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)100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。	・除細動テスター定価133万円 ・フローメーター定価158万円 ・輸液ポンプテスター100万円等			臨床工学技士1	60分

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	新設	C107	臨床工学技士による、在宅で使用する人工呼吸装置の訪問による保守点検加算 遠隔モニタリング加算		○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により患者の安全、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。			○	60	

DPC重点要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
○	1	①係数関係	c) 機能評価係数Ⅱ	6) 地域医療指数			<p>機能評価係数Ⅱの地域医療指数は、将来の地域における医療提供体制構築に当たって地域医療への貢献を表す重要な指標(5疾病5事業)であり、その重要性に鑑み、以下の2点について見直しを行うこと。</p> <p>① 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分(重み付け)は、等分となっているが、本指標の重要性に鑑み、より配分を重くすること。</p> <p>② 地域医療指数の中の「定量評価指数」は、二次医療圏における担当患者数のシェアが評価対象となっており、そこでは患者の流入が考慮されていない一方、各都道府県が進めている医療計画では流入が考慮されている。医療計画と整合する観点から、流入も考慮した評価体系とすること。</p>
○	2	①係数関係	c) 機能評価係数Ⅱ	8) 重症度指数			<p>平成28年度診療報酬改定で導入された機能評価係数Ⅱの重症度指数[※]は、計算式上「出来高点数が高い＝重症」という評価であり、重症度を表す指標としては不十分である。</p> <p>よって、本指数を廃止し、既存の他の指数に分配すること。</p> <p>[※] 当該医療機関における[包括範囲出来高点数]÷[診断群分類点数表に基づく包括点数]を評価する。(ただし救急医療指数で既に評価されている救急入院2日目までの包括範囲出来高点数は除外する。)</p>
○	3	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)				<p>敗血症、播種性血管内凝固については、重篤な一時期の医療資源投入量としての他の疾患の医療資源に与える影響が大きいと思われる。このため、特に副傷病に存在するとき在院日数延長、医療資源の投入量増加が認められる下記診断群について、敗血症、播種性血管内凝固を定義副傷病名とし、分岐設定を要望する。</p> <p>① 敗血症については、040080:肺炎等、040081:誤嚥性肺炎、040110:間質性肺炎、060370:腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く)、080011:急性膿皮症、130010:急性白血病</p> <p>② 播種性血管内凝固については、040080:肺炎等、040081:誤嚥性肺炎、060335:胆嚢水腫、胆嚢炎等、060370:腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く)、110310:腎臓または尿路の感染症、130030:非ホジキンリンパ腫、130010:急性白血病</p>

DPC重点要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
○	4	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)	小児疾患	0070 川崎病		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5歳以上の年齢分岐の新設を要望する。
○	5	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)	循環器系疾患	0130 心不全		コーディングテキストでは、「原疾患として心筋症、心筋梗塞等が明らかな場合は心不全として処理をせず原疾患を医療資源病名として選択する。」と記載されているが、治療内容、医療資源投入量とも原疾患と心不全では異なることから、医療資源投入量の多寡の判断により、心不全とするか、原疾患とするか選択するようにコーディングテキストの変更を要望する。
○	6	③持参薬					<p>DPCの入院患者に対して使用する薬剤については、入院中の処方が原則であり、特別な理由がない限り認められないこととなっている。このことが残薬数のばらつきを生じさせる原因となり、廃棄される一要因であると考えられる。</p> <p>適切なDPC点数体系を維持する趣旨は理解できるが、持参薬鑑別から処方指示、服薬管理まで各職種の業務が増加し、システム変更には費用も生じている。(付属資料参照※)</p> <p>適切なDPC点数体系を維持するため、持参薬管理に係る人的・物的負担に対する評価を係数等で新設すること。</p> <p>※ 「平成30年度診療報酬改定に関する改正・新設要望項目の調査に係るDPC病院における持参薬アンケート 集計結果」(公益社団法人全国自治体病院協議会)、(2017年)、「平成30年度 社会保険診療報酬に関する改正・新設要望書」p.60-66</p>

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	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。					
○	2	医師	改正	A100	一般病棟入院基本料「重症度、医療・看護必要度」の算定要件拡大	一般病棟用の重症度、医療、看護必要度評価 A項目2点以上かつ B項目3点以上 他	(1)評価日数の延長 【A項目】 救急搬送後の入院 2日から3日に延長 【C項目】 胸腔鏡・腹腔鏡手術 3日から5日に延長 救命等に係る内科的治療 2日から3日に延長 (2)C項目の救命等に係る内科的治療に以下を追加 ・糖尿病性ケトアシドーシス ・重症脳卒中 (JCS30以上)	急性期医療を必要とする高齢認知症患者が増加しているが、現在の一般病棟用重症度、医療・看護必要度基準ではそれらの患者を適切に評価することができない。A項目の救急搬送後の入院及びC項目の胸腔鏡・腹腔鏡手術、救命等に係る内科的治療の評価日数の延長が必要である。また、手術は施行しないが重症状態である内科疾患は多く、C項目に糖尿病性ケトアシドーシス、重症脳卒中(JCS30以上)の追加を要望する。					

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	A200	総合入院体制加算の小児専門施設の施設基準の追加	各種診療実績項目の件数条件、救急医療の条件について	1. 全身麻酔手術件数、人工心肺手術件数、腹腔鏡下手術件数、化学療法件数の減数 2. 放射線治療、悪性腫瘍手術は実施条件のみ、あるいは削除 3. 小児特有の条件として、極低出生体重児入院件数や先天異常難手術件数を追加 4. 24時間の救急医療提供は、実績評価ならびに救急搬送件数の評価で。	診療科目の条件は小児においても適合するが、診療実績項目の年間件数条件は、小児専門施設では数が足りないため、ほとんど該当しない。かつ、小児特有の条件が含まれていない。小児専門施設においては、先進的な一般病院に劣らない、総合的で高度な診療体制を整えているため高コストである。					
	4	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
○	5	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患者に限定して算定	在支病においては、要介護度1～5の患者の緊急入院を受入れた場合に在宅療養指導管理料等の算定の有無を問わず算定できるよう緩和	在宅患者の緊急入院受け入れを促進することを目的としたものであるが、在宅扱いの施設からの受け入れ数も年々増えており、施設職員との連携も必須である。限られた職員数で効率的に在宅療養患者のみならず、施設からの受入れも含めて広く高齢者の緊急入院を受入れるべく努力している200床未満の地域密着型病院である在支病に限定して対象患者を要介護度で規定し、送り側の在宅診療医にも加算を設定※することで、在宅医療の推進における在支病の役割を明確にすべきである。 ※ 出来高新設要望のNo.3を参照					
	6	医師	改正	A212	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の算定要件緩和	一般病棟算定限度90日限度	人工呼吸器管理の場合は限度なし	超・準重症児(者)の患者は重症度が高く、人工呼吸器管理の患者は限度日数に関係なく取り扱うべきと考えます。					
	7	医師	改正	A234	医療安全対策加算	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
○	8	医師	改正	A234-2 A236 A308-3	感染防止対策加算 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 地域包括ケア病棟入院料	専従の薬剤師、看護師、リハビリスタッフ等	専任の薬剤師、看護師、リハビリスタッフ等	200床未満のいわゆる中小病院にあつては専従ではなく専任でも可能とすることにより、関係職種専任確保が困難な地方の中小病院においても、感染防止対策、褥瘡ハイリスク患者ケア等が推進される。					
	9	医師	改正	A242	呼吸ケアチーム加算	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。					
	10	医師	改正	A245	データ提出加算の増点	データ提出加算200床未満の場合180点	データ提出加算200床未満の場合230点	データ提出加算は7対1入院基本料、地域包括ケア入院料に加え、平成28年度の診療報酬改定にて10対1入院基本料(200床以上)にも施設基準の要件として組み込まれた。今後は更なる拡大が予測されデータ提出加算を算定する病院は増加すると思われる。データ提出加算は退院時に1回のみ算定であり、入院期間の長い患者が多い病院や大規模病院と比べ病床数の少ない中小病院にとっては加算算定件数が限られる。また、データ提出加算を算定するには、事務部門の負担だけでなく他部門の協力も必要となることから点数の増点を要望する。					
○	11	医師	改正	A307	小児入院医療管理料における救急医療管理加算の算定	救急医療管理加算は別途算定不可	救急医療管理加算を包括除外	地域における小児医療の確保を図る目的で新設された小児入院医療管理料である。その中で小児救急入院も対応する上で、救急医療管理加算は包括されずに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
	12	医師	改正	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料	専従のリハビリスタッフが要件	同要件の専従を専任に緩和していただきたい	地域包括ケア入院医療管理料の届出病院では届出病床が少ないため管理料算定患者の状態によっては、リハビリが必要な患者が少ない場合や極端な場合リハビリが必要な患者がいないこともある。その為専従配置するリハビリスタッフの業務が少ない場合があり、また対象病床外の患者に対してリハビリを実施せざるを得ないが算定できない場合があるため、地域包括ケア入院医療管理料のリハビリスタッフの配置要件を専従ではなく専任でお願いしたい。					
	13	医師	改正	A308-3	地域包括ケア病棟入院料	診療に係わる費用：人工腎臓	診療に係わる費用の人工腎臓に加え、「腹膜灌流」の追加	腹膜灌流(腹膜透析)は診療に係わる費用を出来高として算定できず、包括に組み込まれている。改正されれば地域包括ケア病棟を効果的に使用し在宅療養の促進につながる。					
	14	医師	改正	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の包括項目の緩和	入院料に包括	退院時共同指導料2、介護支援連携指導料、診療情報提供料を包括から除外	退院支援を推進するための個々の業務に対する評価を担保しておくことで、将来的に地域包括ケア病棟基本料が引き下げられた場合の退院支援業務の空洞化が生じないようにする。現行では退院支援を密に実施し30日で退院するよりも手薄な退院支援で60日入院した場合の方が運用収益が上がる仕組みになっている。					

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
	15	医師	改正	医療資源の少ない地域	医療資源の少ない地域の指定地域拡大	離島を含めた指定地域	指定地域+過疎+辺地+山村地域	地方の高齢化、人口減少は今後さらに進むことが予想される。地域医療や救急医療の充足のため、指定地域に総務省が定める1過疎地域自立促進特別措置法 第2条第1項規定する市町村の区域、2同法第33条第1項の規定により過疎地域とみなされる市町村の区域、3同法第33条2項の規定により過疎地域とみなされる区域、4辺地に係る公共的施設の総合整備のため財政上の特別措置等に関する法律第2条第1項に規定する辺地、5山村振興法第7条第1項に指定された振興山村を加えていただきたい。					
○	16	医師	改正	A400-3	短期滞在手術等基本料3のヘルニア手術	両側手術に対する評価がない	ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)について両側の場合の点数設定	一度の手術で両側を実施の場合は、手術料(また、使用材料)が2倍になる。片側と両側の手術が同点数の基本料では不合理と考える。両側の場合においては、病院の持ち出しが大きくなるため、それぞれの点数設定を要望する。					
	17	医師	改正	A400-3	短期滞在手術等基本料3の水晶体再建術(両側)	水晶体再建術 眼内レンズ挿入する場合(両側) 37,054点	水晶体再建術 眼内レンズ挿入の両側は採算が合わないことから増点	短期滞在手術基本料3「白内障手術(両側)」が新設されたが、出来高と比べて両側手術での入院は採算が合わないため、片側ずつ行う現状が発生しているため。					
	18	医師	改正	B001の20	糖尿病合併症管理料の施設基準緩和	専任の常勤医師	専任の医師	糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する非常勤の医師でも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
	19	医師	改正	B001-2-9	地域包括診療料	院外処方を行う場合、薬局の取扱いが病院と診療所で異なる	院外処方の取扱いを統一	院外処方を行う場合、病院は24時間開設薬局、診療所は24時間対応薬局となっている。外来では院外処方が主流となっている現在において、24時間対応薬局に統一することでかかりつけ医機能を多くの医療機関で発揮できるようにすべきである。					
○	20	医師	改正	B009	歯科を標榜していない病院での医科歯科連携の評価(増点と算定対象拡大)	歯科医療機関連携加算 100点 【算定対象が限定】悪性腫瘍手術又は心・脈管系の手術若しくは造血幹細胞移植の手術を行う患者で術前に歯科医師による周術期口腔機能管理の必要性を認め、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合	歯科医療機関連携加算 200点 【算定対象の拡大】院外歯科医と連携して入院中に歯科診療を行った患者の診療情報提供を行った場合を追加	中小病院では常勤歯科医の配置は困難で地域の歯科医との連携が必要となる。平成26年度改定で診療情報提供料に「歯科医療機関連携加算100点」が設定されたが、対象が悪性腫瘍・心血管・血液疾患の術前に限定され、ほぼ外来診療を対象としたものである。平成28年度改定で入院診療に対しては「栄養サポートチーム加算」に「歯科医師連携加算50点」が新設された。これからは回復期診療(特に高齢者診療)における歯科口腔内機能管理の役割が認知されたものだが、短期間の入院期間中に歯科診療を完結することは不可能なため、NSTでスクリーニングされた患者(対象疾患を限定せず)に対して入院中に歯科診療を導入し、退院後の継続的診療に繋げることが地域包括ケアシステムの構築を一層進めるために重要な方策と考える。地域の中小病院における医科歯科連携体制構築について、評価を引き上げ、対象を拡大すること。					
	21	医師	改正	C101	在宅自己注射指導管理料の注射回数復活	月27回以下に統一	月3回以下(100点)の復活	アドレナリン製剤を処方された患者は、平成28年度診療報酬改正で6.5倍の点数となり、患者の負担増となっている。インスリン製剤と使用方法が異なるものは別に点数設定を検討して頂きたい。					

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
	22	医師	改正	C100～ C116	在宅療養指導管理料の複数算定	2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数を算定することとなっている	主たる所定点数に加え2項目を50/100で算定	在宅療養指導管理料の一般的事項は必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給することとなっているが、複数の在宅医療を併用する患者の場合、主たる所定点数のみでは、必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給することが困難なため。					
	23	医師	改正	G004	血漿成分製剤の輸血	区分が「注射」の部分	区分を「輸血」の部分に変更	血漿成分製剤の取扱い区分が出来高において注射となっているため、DPCでは包括となる。そのため、DPCにおいて血漿成分製剤は、赤血球製剤と異なり、手術での使用以外は製剤費用が算定できない。赤血球製剤と同様に算定できるように区分を輸血に変更すべきである。 (DPC要望のNo.17も参照)					
	24	医師	改正	第9部処置 第10部手術	通則5に掲げる処置の休日・時間外・深夜加算 通則5に掲げる手術の休日・時間外・深夜加算	施設基準: 予定手術前日当直年間12日以内	施設基準の緩和	医師不足である現状、また救命救急センターを併設している地方の病院においては必然的に医師の当直回数が増え、当該施設基準を満たすと救命救急センターとしての機能が成り立たなくなるが、休日・時間外の患者が運ばれてくるのはやはり救命救急センターとなってしまふ。地方の救命救急センター病院においては同様の実態が数多くあると思われるため、救急患者の適切な診療体制を維持するためにも基準の緩和を要望したい。					

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
	25	医師	改正	K616-4	3月に1回限りの複数の医療機関で実施した場合の算定緩和	経皮的シャント拡張術・血栓除去術18080点は、3月に1回に限り算定となっており、3月に2回以上実施した場合、2回目以降の手術に伴う薬剤料または特定保険医療材料は算定できない。複数の医療機関でそれぞれ実施した場合も同様	3月以内であっても、複数の医療機関でそれぞれ実施した場合は算定可能に緩和	他医での経皮的シャント拡張術・血栓除去術が成功しなかったという理由での紹介を受ける場合等、3月以内であってもやむを得ず当該手技を実施せざるを得ない状況において、紹介先医療機関がその手技料および薬剤料・保険医療材料を算定できないのはいかがか。この算定要件では、この手技を実施できる技術的・施設的環境の整った大病院が不利な状況である。					
	26	医師	改正	L008の注9	全身麻酔の神経ブロックの併用加算	45点	90点	神経ブロックは、術後鎮痛に効果的で患者に恩恵をもたらすが、硬膜外麻酔と同様に専門的知識とスキルを持つ医師が超音波装置及び安全性を考慮した針で行うので、現行の加算では、人件費及び材料費を補うことができていないことから増点すべきである。					

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
	27	医師	改正	M001-4	粒子線治療の保険適用拡大	小児腫瘍に対する陽子線治療や切除非適応の骨軟部腫瘍に対する重粒子線治療が保険適用	有効性や安全性など適正な医療の提供と認められた粒子線治療については、早期に保険適用	高度急性期の医療機能の強化において、特に国民の2人に1人が罹患する「がん」の医療提供体制の充実が重要である。とりわけ粒子線治療は生活の質を維持する効果に優れ、小児腫瘍に対する陽子線治療や切除非適応の骨軟部腫瘍に対する重粒子線治療が平成28年度診療報酬改定において公的医療保険適用となったところである。個人の経済的負担を軽減し、粒子線治療を望む多くの人が治療を受けられるよう、有効性や安全性など適正な医療の提供と認められた粒子線治療については、早期に公的医療保険を適用し、保険適用外のものについては、先進医療を継続すること。 また、建設費の大きい粒子線治療施設については、がん対策推進基本計画に関する議論において、粒子線治療の集約化も検討されていることから、地域ごとの必要施設数など全国的な配置のあり方を検討し、過剰整備とならないよう調整を行うこと。					
○	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。					

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
○	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	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	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300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、算定回数の増加を強く要望する。					
	31	精神科	改正	B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料の算定要件拡大	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を拡大	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すべきである。					

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
	32	精神科	改正	B005-1-2	介護支援連携指導料	一般科に限定されている ・入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士、社会福祉士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と退院後に利用可能な介護サービス等について共同して指導を行った場合に算定する	精神科病院でも算定可能とする	精神科でも在宅支援の充実が必要。					
	33	精神科	改正	B006-3	退院時訪問リハビリテーション指導の算定可能病棟の取り扱い	精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料等を算定している病棟など包括的報酬病棟については、退院時訪問リハビリテーション指導料は算定できない	病棟の種類にかかわらず、退院時訪問リハビリテーション指導料を算定	精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料等を算定している病棟など包括的報酬病棟については、退院時訪問リハビリテーション指導料は算定できない。しかし、認知症患者については、基本的動作能力や応用的動作能力、社会的適応能力それに基づくことができるADLやIADL、継続するとよい訓練内容など、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導は、在宅生活の継続のためにも重要である。特に介護保険や障害者就労支援施設などの介護支援専門員や相談支援専門員に情報を提供することで、適切なケアプランや支援計画を立案できるなど連携にも有効なツールとして好評である。					

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
	34	精神科	改正	C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理の対象者の取り扱い	介護保険利用者は原則、介護保険の訪問リハビリテーションが優先される。また、グループホームや老人福祉施設などの居住の場には訪問ができないことになっている。	「介護保険利用者についても、本人及び本人の看護・介護に当たる者に対し、介護保険の訪問リハビリテーションを算定していない患者に限り、在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定できる。」ことを要望する。 また、「介護施設や通所介護、認知症対応型グループホームなどリハ職の配置されていないサービスの提供者にも指導ができる」ことを要望する。	介護施設の職員など対象者の看護・介護に当たる者に対して、認知症者の有する認知機能やできる応用的動作能力、社会適応能力などについて、指導することが精神行動障害を予防することができる。しかし、現状では介護保険利用者は介護保険が優先となり、医療の在宅患者訪問リハビリテーション指導は実施できない。 また、地域によっては介護保険の訪問リハビリテーションがない、訪問リハビリテーションに作業療法士がいらないところがある。					
	35	精神科	改正	I007	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。					
	36	リハビリ	改正	A100	ADL維持向上等体制加算の増点	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料の当該病棟について、リハビリテーション専門職(専従のPT、OTもしくはSTが2名以上)を配置した場合患者1人1日につき80点	1日につき120点	H26年度に新設されたADL維持向上等体制加算の施設基準を満たす上で配置された職員は、患者本人への訓練、指導の他、スタッフ間の情報共有、離床の促進等、多岐にわたる業務を行うことにより、急性期における早期からのリハビリテーションの実施が図られ、ADL向上や在院期間の短縮につながっている。今後、急性期リハビリテーションの質を維持し密度の高い介入を行うっていくため、診療報酬上の評価を拡充すべきである。					

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
	37	リハビリ	改正	B001-7	リンパ浮腫指導管理料の取扱い	子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行った場合に算定	センチネルリンパ節生検を行った場合も適用に	センチネルリンパ節生検を行った場合にもリンパ浮腫が発症するなど、対象となる疾患を限定しないよう改正することを要望するものである。					
	38	リハビリ	改正	H000	心大血管疾患リハビリテーション料	専任の医師の指導管理のもと、理学療法士、作業療法士、看護師が実施した際に算定	言語聴覚士が実施した場合も算定可能に	心大血管疾患リハビリテーションについて言語聴覚士が介入していることが多々あるが、コスト請求ができない状態になっているため、言語聴覚士のリハビリを算定できるように算定内容を改正して頂きたい。					
	39	リハビリ	改正	H000	リハビリテーション料を理学療法料、作業療法料、言語聴覚料への変更	疾患別リハビリテーション料に一括されているためリハビリテーションの各療法が見えなくなり患者にも不利益となっている	疾患別リハ料は現状通り、理学療法等を明確に区分けすること	国民にわかりにくい。チーム医療の中、役割が明確でない。				理学療法士等の配置	単位時間数
○	40	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	がん患者リハビリテーション料の施設基準にある「適切な研修」については「同一医療機関から医師、病棟にいてがん患者のケアに当たる看護師、リハビリテーションを担当する理学療法士等がそれぞれ1名以上参加して行われるものである」となっている。	欠員もしくは増員が必要となった資格(職種)が単独で研修に参加することを認めること。また、当該研修が終了した後は算定要件を満たすものとして認めること。	欠員に対する補充や増員が必要となった場合、すでに研修が終了している職種の職員についても再びチームとして研修に参加する必要があること。また産休や育児休業などの代替職員については算定要件を満たす研修を受けていることが採用条件の一つとなっていることなどから業務に滞りが生じるとともに短期間で2度3度の研修に参加することになり参加費用が負担となる。					

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
	41	リハビリ	改正	H007-2	各種がん等の対象範囲の拡大	対象患者に泌尿器系がんの明記がない	算定対象に腎細胞がん、膀胱がん、上部尿路上皮がん、前立腺がん及び胚細胞腫瘍を追加	泌尿器系がんは高齢者に多く、治療過程においてADLが低下しやすいため、予防を含めた早期リハビリテーションアプローチを行うことが重要である。					
○	42	リハビリ	改正	H007-4	リンパ浮腫複合的治療料算定要件、施設基準の見直し	当該医療機関が、直近1年間でリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定している。またはリンパ浮腫診断にかかる連携先として届けた医療機関において直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回算定している。	リンパ浮腫発症患者へのケアを実施した際には、リンパ浮腫複合的治療料を算定できるよう、リンパ浮腫指導管理50回以上というリンパ浮腫複合的治療料の変更を要望する。	リンパ浮腫は術後10年以上経過後も発症し、リンパ浮腫ケアが必要である。リンパ浮腫を発症した患者にはリンパ浮腫ケアを実施するが、施設基準のリンパ浮腫指導管理料が50回に達しないため、リンパ浮腫複合的治療料が算定できず、無料での提供となっている。また、リンパ浮腫指導管理50回以下の場合の要件が設けられているが、リンパ浮腫の診断で連携している医療機関がなければ該当する例は少ない。必要に応じて算定可能になるように施設基準の変更を要望したい。					
	43	リハビリ	改正	第7部 リハビリテーション	疾患別リハビリ算定への追加	疾患別に算定区分が分けられているが、糖尿病に関しては疾患自体が明記されていない	糖尿病を疾患別算定	糖尿病による合併症の有無に関わらず疾患別算定が可能となれば、予防的リハ(糖尿病教室)にも繋げていけるため。					
	44	事務	改正	入院料 通則	入院中の他医受診について			入院中の患者が、入院中に他医療機関へ受診する際、PET等高額な医療機器を使用すると、それを持っている他のDPC病院との均衡のためか、入院中医療機関の負担が著しく高額になってしまう。DPC病院の場合、包括されてしまうことが多く、他医にて施行した場合は、患者に自費請求できる等の緩和策を考慮して欲しい。					

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
○	45	事務	改正	A207	診療録管理体制加算1の増点	100点	300点	診療録管理体制加算1の算定要件に退院患者2000名につき1名の常勤の診療記録管理者の配置が義務付けられており、非常勤職員の常勤換算や、派遣職員・請負方式は不可とされている。診療記録の管理は臨床を行う上で非常に重要な業務であり、それゆえ常勤の職員が専門的に行うことが望ましいと思われるが、2000名×100点＝200,000点(2,000,000円)では常勤の職員を雇える現実的な点数設定とは言い難いため。					
○	46	事務	改正	A207-2	医師事務作業補助体制加算1の増点	15対1 870点 20対1 658点 25対1 530点 30対1 445点 40対1 355点 50対1 275点 75対1 195点 100対1 148点	各150点増	近年電子カルテの普及や社会情勢の急速な変化等により医師の業務が増大する傾向は、必ずしも十分改善できている状況ではない。医師の指示のもと、業務を補助する事務作業補助者の需要は、特に急性期医療を担う病院は増加しているため、それに見合う点数が必要であるため。					
	47	事務	改正	在宅医療	在宅患者診療・指導料	第1節 在宅患者診療・指導料の中の(3)に「保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションが、当該保険医療機関の医師から訪問看護指示書の交付を受けた患者について、訪問看護療養費を算定した日においては、当該保険医療機関は訪問診療料等を算定できない」とある。	特別の関係にあっても、訪問看護療養費と訪問診療の同一日請求を認める	特別の関係にある訪問看護ステーションは、必ずしも保険医療機関の近くに事業所があるわけでもなく、また、訪問看護療養費を算定する患者さんは、頻回の訪問を要するケースが多くある。医療機関でも1ヶ月の訪問診療を予定して実施しているため、日程調整がつかず、予期せぬ状態の変化等による訪問看護と同一日に訪問せざるをえないケースがあり、訪問診療料を算定できない事が度々ある。医師不足の中に行っている訪問診療の日程変更は、他の業務にも大きな影響を及ぼすこともある。介護保険請求の訪問看護利用者との同一日請求は認められているため、同一日であっても請求可能にすべきである。					

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
	48	事務	改正	C200 C005-2	在宅療養の点数明確化	補足や分類が複雑	複雑な点数を単純明快な分類にしたい	在宅医療の点数が複雑で解読困難、今回在宅薬剤の注記が追加されたが具体的な例と照らし合わせた場合、どのように請求するかとも分かりづらい。 外来受診される方よりも関わる時間や支援者との対応時間が長いものの、材料等の持ち出し発生してしまうが、点数表を見ても請求方法が分かりづらいため。	点滴回路や薬剤以外材料(消毒綿やテープなど)				
○	49	看護	改正	A100	7対1入院基本料の算定要件の緩和(新人看護師臨床研修)	厚生労働省は新人看護師臨床研修を努力義務化しているが、臨床研修への参加時間を病棟勤務時間から除外	新人看護師臨床研修への参加時間を病棟勤務時間として扱う	新人看護師臨床研修が努力義務化されていること、新人が安全に看護実践する為の研修であることを根拠として、これら研修への参加時間を病棟勤務時間として扱うべきである。					
	50	看護	改正	A246	退院支援加算1の増点 地域連携診療計画加算の増点	退院支援加算1 600点 地域連携診療計画加算 300点	退院支援加算1 1000点 地域連携診療計画加算 600点	退院支援加算は、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院支援を実施することを評価するものであり、需要が増加している。					
	51	看護	改正	A247	認知症ケア加算1の増点	150点(14日以内)	200点(14日以内)	認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さがみられ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的としており、需要が増加している。					

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
	52	看護	改正	A247	認知症ケア加算2	14日まで30点、15日以上10点、身体拘束時は所定の100分の60	14日まで40点、15日以上20点、身体拘束時は所定の100分の60	認知症患者は治療や身体ケア・徘徊などあらゆる面で介入頻度が高くなり、転倒転落・誤飲などのハイリスク状態にも対応が必要である。他職種が連携し安全な治療を継続するためにケア加算全体を引き上げるべきである。					
	53	看護	改正	B001 27	糖尿病透析予防指導管理料の施設基準の評価	指導については十分な経験を有する専任の看護師の配置	透析看護認定看護師が指導した場合には点数評価	糖尿病透析予防指導管理料の施設基準では十分な経験を有するとなっているが透析認定看護師が行うことで更に評価を加えてもらいたい。透析分野や特に専門性を有するところであり透析を重点に学んだ認定を評価してもらいたい。					
	54	看護	改正	C005	在宅患者訪問看護・指導料3の対象者拡大	悪性腫瘍(鎮痛療法・化学療法)および褥瘡(Stage II)のみが対象	糖尿病性潰瘍、下肢静脈性潰瘍、術後離開創、人工肛門・人工膀胱患者にもニーズがあり対象疾患を拡大	在院日数が短縮化され、医療ニーズの高い患者が早期に退院となっているため。					
	55	看護	改正	注射 通則	外来化学療法加算の評価見直し	外来化学療法加算1の施設基準では、化学療法の経験を5年以上有する常勤看護師並びに化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する常勤薬剤師の配置が要件	認定看護師並びに認定薬剤師を(専従)配置していることに対する評価項目の新設(例えば、当該加算1の要件を認定看護師等とし、現行の加算1及び加算2を加算2及び加算3とするなど)	現行の診療報酬(施設基準)では、5年以上の経験を有する看護師並びに薬剤師を配置すればどの医療機関も同じ点数を算定することができ、がん認定看護師を専従配置するなど、より充実した人員配置を行っている医療機関に対しての適切な評価が行われていないため。					

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
	56	薬剤	改正	A244	病棟薬剤業務実施加算1の算定対象の拡大	回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟は、入院料に含まれる	回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟において算定可能	病棟薬剤業務は、薬剤師が病棟において薬物療法の有効性、安全性の向上に資する業務として評価を受けている。しかし、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟では算定が認められていない。このような病棟においても、現実的には薬剤師が病棟薬剤業務を実施している実態があるため。					
○	57	薬剤	改正	B014	退院時薬剤情報管理指導料	90点	150点	地域包括ケアシステム構築に向けて薬剤師による患者への退院から在宅へのシームレスな薬学的管理が評価されている。病院薬剤師による退院時の服薬指導とは、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称(副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。)に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する指導であるが、現行の90点では低いため業務量に見合った点数の引き上げを要望する。					
○	58	薬剤	改正	F000 F500注3	調剤料	0点(F000) 10点(F500注3)	増点 40点	患者の高齢化により、錠剤の粉碎・一包化調剤が増加している。患者アドヒアランスの向上には患者のニーズやQOLに応じた調剤が必要であり医療安全上からも重要であるが、医科点数表では認められていないことから増点を要望する。また、外用薬の混合調剤点数には調剤点数表とに格差が生じていることから、増点を要望する。					
	59	薬剤	改正	F000 調剤料	麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬の管理料	調剤料にて1点加算、処方料にて1点加算、麻薬については薬剤管理指導料にて50点	麻薬管理料として1処方100点、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬の管理料として1処方30点	麻薬、向精神薬、覚せい剤又は毒薬は、薬事法上および麻薬及び向精神薬取締法によりその管理が厳しく規制されており、その調剤、投薬には厳格な管理のもと細心の注意を払う必要がある。現行の評価では過少であるため。					

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
	60	薬剤	改正	G020	無菌製剤処理料 1の増点	イ 180点 ロ 45点	イ 200点 ロ 100点	抗がん薬、高カロリー輸液等、無菌製剤の調製には高度な安全管理と技術を要する。特に抗がん薬による環境汚染がますます問題になっている中、曝露防止のために安全キャビネットや閉鎖式接続器具の使用が不可欠であるが、現在の評価では消耗品費も加算点数では賄えないため。					
	61	臨床検査	改正	D003-2	糞便検査 2-1糞便虫卵顕微鏡検査(集卵法および糞便塗抹)	15点/20点	D017排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査と同等の50点	現行では集卵法による虫卵検出は15点、糞便塗抹顕微鏡検査では20点とされているが、物品費に加え実際には集卵の手間や鏡検の手間がかかり、延べ1時間程度の負担がかかっている。糞便中の細菌、原虫検査は、区分番号「D017」排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査により算定することになっているが、鏡検による虫卵検出も同等に評価してほしい。					60分
	62	臨床検査	改正	D012-26	ノロウイルス抗原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)抗悪性腫瘍剤、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
○	63	臨床検査	改正	D026	検体検査管理加算の区分見直し	検体検査管理加算Ⅱ100点 検体検査管理加算Ⅲ300点 検体検査管理加算Ⅳ500点	検体検査管理加算Ⅱの100点を300点に引き上げる。 現行の検体検査管理加算Ⅲは廃止。 検体検査管理加算Ⅱ300点 検体検査管理加算Ⅳ500点	専任の検査医(病理医や外来診療を行っている内科医など)を配置して検体検査の適正や管理運営を行っている場合(現行の加算Ⅱ)、加算Ⅳの500点と比べて加算Ⅱは100点であり、実質的な診療報酬上の格差が大きい。現行の加算Ⅲ(300点)はほとんど届け出されていない状況を鑑みて、現行加算Ⅱを300点に引き上げていただきたい。加算Ⅲは廃止。					
	64	臨床検査	改正	N004	細胞診:液状化検体細胞診加算の見直し(コスト割れの是正)	1 婦人科材料等によるもの150点、2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの190点 注 1について、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、18点を所定点数に加算する。 2について、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、85点を所定点数に加算する。	1 婦人科材料等によるもの150点、2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの190点 注 1婦人科材料等、2穿刺吸引細胞診、体腔液等の区別なく、固定保存液に回収した検体から液状化細胞診標本作製して診断を行った場合に液状化検体細胞診加算として所定点数に50点を加算する。	現在、固定保存液に回収した検体からの液状化細胞診標本作製が一般化しており、細胞診断の正診率の向上に繋がるとされているが、多額のコスト割れと算定要件の現状との乖離のため、要件の見直しと統一を要望。液状化細胞診標本は通常の塗沫法に比べてランニングコストが500円以上高く、高額な専用機械を必要とすることもあり、多くの液状化細胞診では多額のコスト割れが発生している。現行の婦人科材料等液状化検体細胞診加算18点では、コスト割れしており、普及が進まない原因となっている。また、婦人科細胞診以外では現行のように過去に穿刺し固定保存液に回収した検体から標本作製して診断を行うことは実際にはほとんどないのが現状である。液状化細胞診が一般化している現状をふまえて、実際に液状化細胞診標本作製した場合すべてにおいて、所定点数に50点を加算してほしい。	消耗品材料費(フィルター、バイアル、スライドガラス等)で一検体あたり500円以上、LBC作製機導入では1000万円必要。				

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
	65	臨床検査	改正	N006 注1	病理診断料の月1回算定を毎回算定に	組織診断料400点 月1回に限り算定 (・・・区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。)	組織診断料400点 毎回算定 (・・・区分番号N000に掲げる病理組織標本作製に基づく診断を行った場合に、そのつど算定する。これとは別に区分番号N001に・・・)	病理診断は、最終診断だけでなく、治療効果の判定にまで関わる重要な検査であり、同一月内に複数の診断が必要になる場面が多数存在する。しかし現状では、例えば同一月に異なる臓器の病変に対して複数の病理診断が行われた場合でも月1回のみ算定となっている。病理医が国民・臨床医に対して細部にまで責任ある診断を提供するためにも、病理診断料の毎回算定が求められる。					
○	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5%未満、などと算定要件を緩和	読影体制を確保しているものの、検査件数の増加に対応しきれず、医師確保も困難な状況の中で、わずかでも委託している場合には算定できないといった要件は、今後の読影体制の維持に大きく影響する。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	E101-2 E101-3	PET算定要件(膠原病領域の診療における18FDG-PETの有用性について)	てんかんの診断又は悪性腫瘍の病期診断及び転移・再発の診断目的	膠原病領域の診断目的を追加	18FDG-PETは当初悪性腫瘍の病変部への集積を利用して、健診および悪性腫瘍の診断などで広く普及している検査法である。これまで数多くの学会報告および論文から悪性腫瘍の病変のみならず、炎症部位へ集積することが見出されている。CT、MRI検査で炎症部位(病変)の同定が困難な症例に対して、18FDGの炎症部位への集積を利用することにより、病変部の同定が可能となることを示唆している。例えば、側頭動脈炎や高安病は比較的太い血管の炎症を主体とし、治療が遅れることにより血管の狭窄を来し、臓器障害をもたらす。しかし、CT、MRIでは診断が困難な例が多く、このような症例においてPET検査を施行すると、血管の炎症部位に18FDGの集積を認め、容易に診断することが可能である。また、原因不明の発熱の精査目的で入院される症例が散見されるが、現在の血液検査およびCT、MRIなどの画像検査では診断が困難な例があり、そのような症例に対してPET検査を行うことにより、既存の検査で同定できなかった病変を指摘することが可能となる。このことにより、的確な診断が可能となり、入院期間の短縮や無駄な治療、検査をすることが少なくなるなどPET検査による炎症部位の同定という目的でPET検査が可能になることを要望する。					
	68	放射線	改正	E003 嚥下造影	嚥下造影の増点	240点	300点	通常の食事に造影剤を混和して嚥下してもらう様子をビデオ撮影する検査。撮影に際して、3~4人の専門スタッフを要し、1食分の食事を使用することに加え、時間のかかる検査であることを考慮したうえで増点を要望する。					

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
	69	栄養	改正	A233-2	栄養サポートチーム加算の算定要件拡大および緩和	・精神科、結核、地域包括ケア病床は対象外 ・専従要件について特別な地域について緩和措置あり	・対象に加える ・200床未満等、中小規模病院における緩和策を加える	・精神科病院においても栄養障害の状態にある患者や栄養管理を必要とする患者は多く入院しており、身体科の病院と変わらない。その他の病床においても低栄養状態や高度に特別な栄養管理を要する患者はおり、早期に在宅医療に繋がっていくためにはチームでの対応が必要である。 ・厚生労働大臣の定める地域における専従要件の緩和と点数設定に加え、中小規模病院についても同様の条件で算定する。					
○	70	栄養	改正	A233-2	栄養サポートチーム加算の増点	週1回 200点 医療資源の少ない地域 100点(専従要件緩和による)	週1回 400点 医療資源の少ない地域 200点(専従要件緩和の継続)	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り、医療費の減少が期待される。しかし、専従1名の配置とチームでの活動に対する点数評価が不十分であり、増点していただきたい。栄養食事指導点数とNST加算点数が逆転している。					
	71	栄養	改正	A233-2とB001-10 B001-11	栄養サポートチーム加算と入院栄養食事指導料の併算定	不可	可能	栄養管理を要する患者の再入院を防止し医療費の抑制を行うには、栄養指導をより一層推進する必要があるが現在の点数では十分な効果が得られない。栄養サポートチーム加算の増点が見込めないようであれば栄養食事指導は切り離す必要がある。					

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
	72	栄養	改正	B001-9 B001-10 B001-11	外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料の算定対象拡大	算定対象外	対象拡大項目 ・肥満(BMI25以上) ・高尿酸血症 ・脳梗塞、 ・イレウス、 ・胆のう炎(胆石・胆管炎・総胆管結石なども含む) ・COPD ・アレルギーの年齢制限の緩和 ・小児関連の栄養食事指導全般	・肥満の増加は生活習慣病患者の増大を招き、ひいては国民医療費の圧迫につながる。日本肥満学会が定める肥満基準に準じてほしい。 ・高尿酸血症についても生活改善が重要である。脳梗塞についても再発防止は医療費軽減につながる。・イレウス、胆のう炎(胆石・胆管炎・総胆管結石なども含む)疾患における、脂肪制限、食材の選定等の医師の指導要求は高い。とりわけ入院時における適正な食事指導は、一次退院後の次回入院処置までの間の食事実践に対し、極めて重要である。 ・脳梗塞患者の塩分制限指導の依頼も多数あり、塩分制限指導の要件である心疾患に加えて算定要件とすることが相応と考える。 ・小児に限らず食物アレルギー患者は増加傾向にあり、安全に生活を送るために栄養食事指導は不可欠である。 ・少子化の時代に小児の健全な成長発達を促す上で栄養管理は非常に重要である。特定の疾患に限らず算定とすることは重要である。					
	73	栄養	改正	B001-10 B001-11	入院栄養食事指導料 集団栄養食事指導料 入院中の指導回数の緩和	週1回、入院中2回まで 月1回、入院中2回まで	週1回で回数制限を外す 月2回で回数制限を外す	患者の高齢化により指導により理解を得るのに時間を要する。また、合併症を持つ患者が増加し、エネルギー制限+食塩制限など様々な角度からの指導を要する患者が増加している。在宅医療を推進するうえで、食事の支援は大変重要である。					
	74	栄養	改正	B001-10 B001-11	栄養食事指導料を包括から外す	リハビリ・地域包括ケア・小児入院管理料など算定されている患者は包括化	全て包括外	全ての栄養食事指導は出来高で評価することにより栄養食事指導を推進し、在宅医療に繋げ再入院を防止する。					

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
	75	栄養	改正	入院時食事療養費	特別食加算対象拡大	対象外	<ul style="list-style-type: none"> ・嚥下調整食学会分類2013に準ずる嚥下調整食 ・食物アレルギー食 ・肥満BMI30以上 	<p>・嚥下調整食を必要とする患者は増加しており、嚥下調整食分類に対応した食種の整備が進められている。嚥下調整食は、形態に対する専門的な知識が必要である他、形態・栄養価を調整するための食材費が一般食よりも高くなる。食種の整備を進めるためにも、加算対象としてほしい。ソフト食、ペースト食などの嚥下調整食の調理は、常菜や軟菜の調理以上に食材、時間、工程に関して多大なコストが発生している。医療事故予防の観点からも重要。</p> <p>・食物アレルギー食の調理工程・材料等も特殊なことから、嚥下調整食同様、医療事故予防の観点からも重要。</p> <p>・今後の医療費を抑制するために、重症化を防止し、再入院のリスクを低減させることは重要である。本来肥満の領域となるBMI25以上が望ましいが、少なくとも栄養食事指導料の算定要件と合致させる必要がある。</p>					

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	入院時食事療養費	増額	入院時食事療養費 I (1食につき) (1)640円 (2)575円 特別食加算 1食につき76円	入院時食事療養費 I (1食につき) (1)710円 (2)635円 特別食加算 1食につき85円 治療を目的とした食事であることの専門性を評価して欲しい。 また、消費者物価上昇分及び消費税増税を加味した金額を要望	治療効果を高めて早期退院を目指すには入院中の食事の喫食率を高め栄養状態の維持改善が重要であることは周知の事実である。そのため安全で良質な食事提供を行う必要がある。総務省発表の「食料の消費者物価指数の推移」でも平成26年度の消費税8%導入以前は横ばいであったものが、導入後の上昇に加えこれまでの約3年間で3%強の上昇がみられる。安全の確保された良質な食材にはそれ相応の対価も必要である。また、早期退院を目指すため栄養管理上、栄養補助食品の利用も増加し食材費が増している。多種多様な治療食の提供には献立作成から調理までの専門的知識及び技術が必要である。それらの人材確保は厳しくなっている。平成26年度診療報酬改定時に消費税8%へのアップがもりこまれなかった。消費税10%も予定されている。食材料費のほか委託料、機器類更新にも同様に消費税がかかる。また、光熱水費の価格上昇もある。平成30年度から、さらに患者の自己負担もアップされるので、それに見合った、食事内容が求められているので改正していただきたい。					
○	77	臨床工学	改正	B011-12	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。	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		1(臨床工学技士)	

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
○	78	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(使用中の不具合が起これば生命に直結する機器)の拡大(体外式ペースメーカー、電気メス、非観血式自動血圧計、パルスオキシメーター、輸液ポンプ、シリンジポンプ等) 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)100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。	・除細動テスター一定価133万円 ・フローメーター一定価158万円 ・輸液ポンプテスター100万円等			臨床工学技士1	60分

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	初診料	地域医療情報連携ネットワーク化推進加算	提供時の評価のみ(診療情報提供料の検査・画像情報提供加算:退院患者200点、外来患者30点)	提供時とは別に初診料に5点加算 要件として「診療情報提供料の検査・画像情報提供加算」を算定していること。	医療のICT化の推進は、医療の質向上ならびに医療情報の共有にとって不可欠である。ひいては診療データの集積により得られる分析結果が診療現場に還元されるなど、国民福祉の向上と国民経済の発展に必要なインフラとして大きく寄与するものであるが、診療報酬上はごく一部しか評価されていない。システムの導入・維持・更新に莫大な費用が掛かっていることから、診療報酬上の評価を行うこと。					
	2	医師	新設	入院加算	へき地加算	なし	16点	厚生労働大臣が定める地域の加算として、「離島加算」、「地域加算」等はあるが、過疎地域自立促進特別措置法に定める「過疎地域」に対する加算がないため、上記の加算同様に認めるべきである。					
	3	医師	新設	A206	在宅患者緊急入院診療紹介側の評価	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	在支病に要介護度1～5の患者を送った場合に、送り元の診療所が算定できる『在宅患者緊急入院紹介加算200点』を新設	在宅患者の緊急入院受け入れを促進することを目的としたものであるが、在宅扱いの施設からの受け入れ数も年々増えており、施設職員との連携も必須である。限られた職員数で効率的に在宅療養患者のみならず、施設からの受け入れも含めて広く高齢者の緊急入院を受入れるべく努力している200床未満の地域密着型病院である在支病に限定して対象患者を要介護度で規定 [※] し、送り側の在宅診療医にも加算を設定することで、在宅医療の推進における在支病の役割を明確にすべきである。 [※] 出来高改正要望のNo.5を参照					

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	A226-2	緩和ケア診療加算2の新設	緩和ケア診療加算は精神科医の常勤が要件	加算2は一定の要件の元、精神科医が非常勤でも可能とする	常勤でなくとも、連携をとり定期的に指導を受けている場合(例えば、週に1日以上)の緩和ケアラウンドに外部からの精神科医の派遣がある等)は評価すること。					
	5	医師	新設	C005-2	在宅での中心静脈注射の指示書の加算	なし	中心静脈注射でも在宅患者訪問点滴注射管理指導料(100点)を算定可	末消点滴に対しては、訪問点滴指示書の算定は認められているが、中心静脈注射は認められていない。在宅医療を行う際に中心静脈カテーテルを留置して在宅で補液を行うケースが増えてきているので、その場合にも訪問点滴指示書の算定を可能にすべきである。					
	6	医師	新設	C150～C171-2	在宅療養指導管理材料加算に対する小児加算	なし	在宅療養指導管理材料加算に対する年齢加算について、小児加算(50/100)の新設	小児用の材料、医療機器などは、一般成人用より高額なものが多い。材料加算の対象となる機器(人工呼吸器・酸素・インスリンポンプなど)で所定点数を上回る機器もあるため、小児加算等での担保を要望。					
○	7	精神科	新設		重度薬物依存症入院医療管理加算	なし	精神病棟入院基本料及び精神科特定入院料への加算30日以内300点(1日につき)	依存症では現在、重度アルコール依存症入院医療管理加算は30日以内200点、31日以上60日以内100点で入院料に対する加算とし設けられている。薬物依存症患者は、アルコール依存症に比べて特に初期治療に人的・時間的・労力的にも多くが必要であるため30日以内300点(1日につき)の加算の創設を要望する。					

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
○	8	精神科	新設		クロザピン管理指導料	なし	血液検査を実施した際、1回380点精神科病棟だけでなく特定入院料算定病棟及び医療観察法指定入院施設でも算定可能とする。	・クロザピンは長期入院者の地域移行、今後発生する長期入院の予防のためには必須の薬剤である。 ・クロザピンの処方を促進するためには、精神科救急、急性期の段階で導入を検討する必要がある。またクロザピン導入を促進し、地域移行を実現していくためには、療養病棟でも用いる必要があり、また救急・急性期等で導入した患者の転棟ないし転院を療養病棟が受け入れることが必要であるため、全ての病棟で算定を可能とする。	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				
	9	精神科	新設	A103	重度慢性精神疾患入院施設管理加算	なし	「重度かつ慢性」患者を受け入れるために、手厚い看護配置になっている精神病棟入院基本料算定病棟への加算	「重度かつ慢性」患者を受け入れる病棟では、特に手厚い看護体制をとっている。「重度かつ慢性」患者の入院は、長期化する傾向があるため、精神病棟入院基本料の施設基準にある入院患者の平均在院日数がネックとなり、実際の看護配置より低い入院基本料での運用となっているため、本加算による診療報酬上の評価を要望する。					

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
	10	精神科	新設		精神科地域包括診療料(外来多職種多機能評価)	なし	専従の包括的支援マネジメント担当者を含む多職種チームで診療及び療養上必要な指導を行った場合、患者1人につき月1回に限り算定	精神科を標榜する医療機関において、医師が統合失調症、気分障害、物質依存、発達障害で措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の既往がある通院患者に対して、患者又はその家族の同意を得て、適切なガイドラインに沿って専従の包括的支援マネジメント担当者を含む多職種チームで診療及び療養上必要な指導を行った場合、患者1人につき月1回に限り算定する。治療方針を当該患者又はその家族に書面で説明していること。包括的支援マネジメント担当者は、精神障害者の地域包括ケアに係る適切な研修を終了した精神保健福祉士とし、1人当り1か月の担当患者の上限を20人とし、当該医療機関以外の地域援助事業者、行政機関等と継続的に連携をしていなければならない。また、当該医療機関内において、当該患者の治療方針に係る多職種チーム会議を月に1回以上行い、ガイドラインに沿って治療計画を策定し、定期的に評価を行う。在宅医療を提供していること、当該患者に対し24時間365日の対応を実施すること。					
	11	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
	12	リハビリ	新設		リハビリテーション情報提供料の新設	リハビリテーション情報提供書を作成しても算定はされない	診療情報提供料と同程度の点数にて算定	医療機関同士の連携及び地域連携のためにリハビリテーション情報提供書の作成・提出が増大している。情報提供書の作成には時間がかかり、業務上の負担増につながっている。					

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
	13	リハビリ	新設	H000	急性期休日体制加算	回復期には体制強化の評価はあるが急性期にはない	早期退院、在院日数短縮を目的に評価すべきであり加算点数は1単位につき100点	早期介入評価はあるが、継続した休日期＝365日対応することにより医療資源削減に繋がる。				理学療法士等の配置	単位時間数
	14	看護	新設		看護情報提供料	診療情報提供書に対する加算のみ	看護情報提供書に加算を新設	施設から、白内障等の手術目的で短期入院した患者が施設に戻る際、看護情報の提供が重要となっている。看護情報を必要とするケースが増加しているため。					
	15	看護	新設		慢性心不全療養管理料	なし	慢性心不全に係る専門の教育を受けた看護師(慢性心不全看護認定看護師等)が介入しコンサルテーションを実施した場合 500点(1回/月)	高齢社会の進行や、若年層の食生活などの影響により重症化する心不全患者に対して、心不全症状をコントロールし、重症化せずに自宅療養できる生活指導が必要である。患者および家族のQOL向上が期待できる。現在、必要にせまられ認定看護師が中心となり多職種によるカンファレンスや生活調整会議等を行っているが、診療報酬上で評価されていないため、専門的教育を受けた看護師の介入について新たな評価を要望する。					
○	16	薬剤	新設		薬剤師による外来患者の常用薬等調査業務の評価	外来受診患者について、病棟薬剤業務に擬する業務を行うことがあり、外来診療に役立っているが報酬が認められていない	100点/回	現在、入院決定時に入院手続きの説明等が行われているが、併せて薬剤師が手術予定患者等の常用薬を確認し抗血栓薬の中止を主治医に情報提供する等、外来から入院への安全な薬学的管理が不可欠である。外来患者の常用薬調査、当該処方薬の服薬状況調査、有害事象の確認業務に対する評価を要望する。					
	17	薬剤	新設	A100	一般病棟入院基本料	看護配置、看護師比率など	チーム医療による評価(チーム医療加算等)	入院基本料は看護配置、看護師比率など看護師の人数による評価となっているが、現状はチーム医療が主体となっており、薬剤師、管理栄養士、リハビリテーション職等の多職種連携によるチーム医療の体制評価を要望する。					

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
	18	薬剤	新設		入院患者の持参薬の鑑別料	病棟薬剤業務実施加算に含まれる	50点/回(人)	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。現在は病棟薬剤業務実施加算の業務に含まれているが、算定していない施設でも鑑別業務を行っており、多くの労力を要している。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。					
	19	薬剤	新設	B008 薬剤管理指導料	ハイリスク薬服用外来患者に対する薬剤管理指導料		外来薬剤管理指導料1回/月 300点の新設	薬剤管理指導料は入院中のみしか設定されていないが、ハイリスク薬を服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。現在、緩和ケア、喘息、糖尿病、HIV患者などへの服薬指導や薬学的管理を実施しているが外来患者に薬剤師が指導した場合の評価がないため、新たな評価として要望する。 なお、がん患者指導管理料3を請求している場合は、二重に請求できないこととする。					
	20	薬剤	新設		退院から在宅へのシームレスな薬学的管理の評価		地域連携薬剤管理料加算 1回 100点	地域包括ケア制度の構築に向け、退院から在宅へのシームレスな薬学的管理が重要となる。病院・薬局薬剤師の連携が不可欠であり、退院時の薬学的管理に関するカンファレンス、情報共有に対する評価を要望する。					
	21	臨床検査	新設	D006-2	造血器腫瘍遺伝子検査においてJAK2遺伝子V617F変異解析を細項目として追加	なし(未収載)	JAK2遺伝子V617F変異解析(造血器腫瘍遺伝子検査)(2,100点)	診断基準に入っているにもかかわらず、都道府県によってJAK2遺伝子V617F検査が算定されたり、されなかったりしている現状にあり、明確に診療報酬上に新設項目として収載して頂きたい。	アークレイ社 i-densy™ IS-5320 (6,161円)			1	90分

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	なし(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				
	23	臨床検査	新設	D200～D242	生体検査病棟実施加算	なし(未収載)	臨床検査技師が当該保険医療施設内の病棟ならびに救急に向いて、D200 からD242までに掲げる生体検査を実施した場合、所定点数の100分の20に相当する点数を加算	病棟で入院患者に対して生体検査(生理機能検査)を行う機会が増えてきているが、生理機能検査室で実施する場合に比べ患者にとって負担が少ない。また、現状では医師や看護師が病棟で実施していることが少なくない。これらの検査を実施しているか、あるいは病棟に向いて実施すれば、医師及び看護師の負担軽減が図られる。臨床検査技師の病棟業務の一環として、臨床検査技師の病棟配置、ならびに病棟に向く負担に見合う分の加算を要望する。				心電図 15-20分 脳波 60-90分 心エコー 30-45分	
	24	臨床検査	新設	N004-3	セルブロック法による細胞診検体の免疫染色(免疫抗体法)標本作製加算	なし(未収載)	穿刺吸引等により採取した検体を用いたセルブロック法で作製された細胞診標本を用いて、確定診断のために免疫染色を実施した場合、N002-8に準じた所定点数を加算	現在、悪性中皮腫を疑う患者に対して、穿刺吸引等により採取した検体を用いてセルブロック法により標本作製した場合に、病理組織標本作製と同じ点数がついている。しかし、セルブロック法標本に対して免疫染色を実施した場合は、免疫染色(免疫抗体法)標本作製料は点数化されていない。セルブロック法標本に対して免疫染色を実施した場合、病理組織標本と同等の診断根拠が得られるため、診断確定のために必要な免疫染色を実施した場合は、N002に準じて所定点数を加算してもらいたい。					

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
	25	放射線	新設		画像等手術支援加算(先天性心疾患の三次元表示と治療計画)	なし	100点	先天性心疾患の治療が必要な小児患者は体格が小さいため、ナビゲーションや実物大臓器立体モデルでのガイドは困難である。CT画像の三次元表示を患者説明及び手術に解析画像を利用するのが日常的に行われている。その解析画像作成に1時間～2時間必要で、専門知識も必要な事を点数で評価して貰いたい。					
○	26	放射線	新設		画像診断機器の保守管理に対する加算	なし	画像診断機器の保守管理に対する加算	画像診断機器の保守契約と日常管理を適切に行うためにはそれなりの経費が必要である。一定の基準を満たした機器使用に対して加点を要望する。 (医療機器安全管理料2のような点数を画像診断機器に設定をお願いしたい。)					
	27	放射線	新設	E002	乳房トモシンセシス撮影加算		200点	この機能は、2D撮影とは別に断層撮影を追加撮影している。この機能は、2D撮影では診断に苦慮する乳房の重なり部分や見えなかった石灰化を断層撮像することで明瞭に描出することが可能であり必須画像情報となっているため。また、断層画像であるためデータ容量も大きく、画像保存にも大きなコストが発生する。	トモシンセシス機能			放射線技師	5分
○	28	栄養	新設	地域連携に関すること	管理栄養士による食事情報提供に関する評価	なし	栄養部門からの食事情報提供を行った場合の評価	チーム医療を推進する中で、患者情報の共有の必要性は高まっている。診療情報提供の中には栄養の項目は重視されていない。実際に転院先の病院や施設からは入院中の食事内容、特に食形態などの照会が増えている。院内での専門性を発揮した役割分担が進む中、細かな内容については、病院で食事提供を担っている栄養部門からの情報提供は有用である。それに対する評価をお願いしたい。					

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
	29	栄養	新設	管理栄養士の病棟業務	管理栄養士の病棟業務に対する評価	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関連業務を実施している場合の評価の新設。病棟単位での評価とし、当該病棟に入院中の患者について週1回の算定を要望。	現在の管理栄養士は入院患者の栄養指導以外の栄養管理に深くかかわっているが、その業務は入院時食事療養にまとめられている。「医療スタッフの協働連携によるチーム医療の推進について(平成22年4月30日医政発0430第1号)」に掲げられた業務はこれまでの入院時食事療養制度以上の関わりであり、また、低栄養になる前の管理栄養士による食事も含めた迅速な栄養管理が治療の一助となり医師の業務負担軽減にもつながる。このため、管理栄養士が病棟において医療従事者の業務負担軽減及び栄養管理の質の向上に資する業務を行う『体制』が整う施設には加算を認めて頂きたい。管理栄養士の専門知識を持って医師・看護師と連携し適切な食事選択及び提供による栄養状態の維持・改善が可能となる。入院直後から管理栄養士が患者の日頃の食習慣や食事状況を直接観察することにより安全で適切な食事への移行がスムーズに行える。また、退院後の在宅療養等を視野にいれ、一貫した栄養管理が行えるようになる。それらの病棟における管理栄養士業務は患者の栄養状態と安全性の向上により、合併症予防、感染対策、在院日数の短縮や医療事故防止など、極めて有効であるとともに医師・看護師等医療者の業務軽減としても有効に機能する。					
	30	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 100床につき1,000点/月	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
○	31	臨床工学	新設	C107	臨床工学技士による、在宅で使用する人工呼吸装置の訪問による保守点検加算 遠隔モニタリング加算		○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により患者の安全、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。			○	60	
	32	臨床工学	新設	J038 注11	処置(一般処置)臨床工学技士によるハイリスク患者管理、人工腎臓装置の経過管理		透析ベッド数5床に対し1名の臨床工学技士が配置され、臨床工学技士により人工腎臓装置の経過管理を行った場合、100点を加算	透析困難症、合併症、高齢化(痴呆)患者の増加に対して求められる技術支援が高くなっている。その結果、慢性維持透析濾過(複雑なもの)などの導入も増加しており、より高度な専門的知識を要するため臨床工学技士による人工腎臓装置の経過管理が必要であり、診療報酬の加点を要望する。					

DPC要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
○	1	①係数関係	c) 機能評価係数Ⅱ	6) 地域医療指数			<p>機能評価係数Ⅱの地域医療指数は、将来の地域における医療提供体制構築に当たって地域医療への貢献を表す重要な指標(5疾病5事業)であり、その重要性に鑑み、以下の2点について見直しを行うこと。</p> <p>① 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分(重み付け)は、等分となっているが、本指標の重要性に鑑み、より配分を重くすること。</p> <p>② 地域医療指数の中の「定量評価指数」は、二次医療圏における担当患者数のシェアが評価対象となっており、そこでは患者の流入が考慮されていない一方、各都道府県が進めている医療計画では流入が考慮されている。医療計画と整合する観点から、流入も考慮した評価体系とすること。</p>
○	2	①係数関係	c) 機能評価係数Ⅱ	8) 重症度指数			<p>平成28年度診療報酬改定で導入された機能評価係数Ⅱの重症度指数[※]は、計算式上「出来高点数が高い＝重症」という評価であり、重症度を表す指標としては不十分である。</p> <p>よって、本指数を廃止し、既存の他の指数に分配すること。</p> <p>[※] 当該医療機関における[包括範囲出来高点数]÷[診断群分類点数表に基づく包括点数]を評価する。(ただし救急医療指数で既に評価されている救急入院2日目までの包括範囲出来高点数は除外する。)</p>
○	3	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)				<p>敗血症、播種性血管内凝固については、重篤な一時期の医療資源投入量としての他の疾患の医療資源に与える影響が大きいと思われる。このため、特に副傷病に存在するとき在院日数延長、医療資源の投入量増加が認められる下記診断群について、敗血症、播種性血管内凝固を定義副傷病名とし、分岐設定を要望する。</p> <p>① 敗血症については、040080:肺炎等、040081:誤嚥性肺炎、040110:間質性肺炎、060370:腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く)、080011:急性膿皮症、130010:急性白血病</p> <p>② 播種性血管内凝固については、040080:肺炎等、040081:誤嚥性肺炎、060335:胆嚢水腫、胆嚢炎等、060370:腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く)、110310:腎臓または尿路の感染症、130030:非ホジキンリンパ腫、130010:急性白血病</p>

DPC要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
	4	分類の見直し(コーディングのルール)	(診断群)				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、今後人工呼吸器に代わる手技であるとする。 平成28年度の診療報酬改正で、新規手技として1日160点の算定ができるようになったが、DPC制度下では包括される。(人工呼吸は、手術処置等2で定義されている) 人工呼吸と同様に、手術処置等2で評価されるよう、診断群分類の分岐の新設を要望する。
	5	②診断群分類の見直し_コーディングのルール	d) その他(診断群)	呼吸器系疾患	010110 間質性肺炎		間質性肺炎は処置2として人工呼吸とシベレスタットナトリウム水和物(エラスポール)の分岐が設定されているのみで診断群の精緻化が不十分である。 ピレスパ投与群では医療資源投入量が多く出来高比較マイナス傾向が認められるため、処置2にピレスパの分岐を設定すること。
○	6	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)	小児疾患	0070 川崎病		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5歳以上の年齢分岐の新設を要望する。
	7	②診断群分類の見直し_コーディングのルール	d) その他(診断群)	筋骨格系疾患	034x 脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)		G951脊髄梗塞について、070344脊柱管狭窄になるが、脳梗塞に準じた治療となるため、010060脳梗塞に入れること。
	8	②診断群分類の見直し_コーディングのルール	d) その他(診断群)	筋骨格系疾患	070370:脊椎骨粗鬆症		070370:脊椎骨粗鬆症に指定されているICDコードにおいて5桁目は部位コード(0:多部位、1:肩甲骨、2:上腕、3:前腕、4:手、5:骨盤部および大腿、6:下腿、7:足関節および足、8:その他(脊椎を含む)、9:部位不明)を示しており、5桁目が\$(=ワイルドカード)で指定されているため、全ての部位が該当することから診断群名称は、「脊椎骨粗鬆症」ではなく、「骨粗鬆症」とすること。

DPC要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
○	9	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)	循環器系疾患	0130 心不全		コーディングテキストでは、「原疾患として心筋症、心筋梗塞等が明らかな場合は心不全として処理をせず原疾患を医療資源病名として選択する。」と記載されているが、治療内容、医療資源投入量とも原疾患と心不全では異なることから、医療資源投入量の多寡の判断により、心不全とするか、原疾患とするか選択するようにコーディングテキストの変更を要望する。
	10	②診断群分類の見直し(コーディングのルール)	d) その他(診断群)				嚥下障害による胃瘻造設目的で入院の場合、コーディングテキストより、「その状態に至る原因となる病態を医療資源病名として選択する」とあるが、例えば、脳出血による嚥下障害の場合、医療資源病名は「脳出血」となる。診療行為自体は胃瘻造設に関連した行為しかないが、診断群分類は脳出血となるのは不適切である。原疾患に対する治療を行っていない場合は嚥下障害(R13)を医療資源病名としてコーディングすべきと考える。
○	11	③持参薬					<p>DPCの入院患者に対して使用する薬剤については、入院中の処方が原則であり、特別な理由がない限り認められないこととなっている。このことが残薬数のばらつきを生じさせる原因となり、廃棄される一要因であると考えられる。</p> <p>適切なDPC点数体系を維持する趣旨は理解できるが、持参薬鑑別から処方指示、服薬管理まで各職種の業務が増加し、システム変更には費用も生じている。(付属資料参照※)</p> <p>適切なDPC点数体系を維持するため、持参薬管理に係る人的・物的負担に対する評価を係数等で新設すること。</p> <p>※「平成30年度診療報酬改定に関する改正・新設要望項目の調査に係るDPC病院における持参薬アンケート 集計結果」(公益社団法人全国自治体病院協議会)、(2017年)、「平成30年度 社会保険診療報酬に関する改正・新設要望書」p.60-66</p>

DPC要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
	12	④他院受診					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。 高額医療機器が必要な場合や、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診療科がない場合で、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、明確なルール化を行うこと。
	13	⑥データ提出加算					現在のデータ提出は、記録媒体での提出のみとなっているが、オンラインでのデータ提出も可能とし、どちらかの提出方法を選択できるようにして頂きたい。
	14	⑦採算割れ		血液・造血器・免疫臓器の疾患	0030 非ホジキンリンパ腫		中枢神経系原発DLBCLに対する標準的な治療である「メソトレキサート大量療法」を手術・処置2の項目に追加し選択できるように要望します。
	15	②診断群分類の見直しコーディングのルール	d) その他(診断群)	呼吸器系疾患	0100 喘息		小児と成人では医療資源投入量が異なる。喘息では医療資源投入量の少ない小児が占める割合が多いため、15歳以上に限定するとほとんどの施設で平均的に出来高比較マイナスとなっている。患者の年齢分布による影響を強く受けるため、年齢による診断群の分岐を設定すること。
	16	⑨再入院ルール		外傷・熱傷・中毒			全ての診断群分類番号において、上2桁が同一である傷病名での前回退院後7日以内の再入院について、前回入院から一連の入院とみなすのは不合理である。特にMDC16(外傷・骨折)において、退院後7日以内にまったく別部位の外傷・骨折での再入院の場合であっても、前回の入院と一連とみなされることは不合理であり、外傷(異なる受傷日)については例外として頂きたい。

DPC要望

重点	No	要望項目(大分類)	要望項目(小分類)	MDC名称等	分類コード	7桁以降の診断群分類番号	要望内容
	17	⑧その他	血漿成分製剤の輸血				血液製剤の中でも、血漿成分製剤は出来高において注射の部で算定するためDPCでは包括になる。非常に高額であり、重篤な状態で使用することも多いため、DPC包括算定から除外し、出来高算定とすること。
	18	⑧その他	病理組織標本作成				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。

平成 30 年度診療報酬改定に関する改正・新設要望項目の調査に係る DPC 病院における持参薬アンケート

集計結果



公益社団法人 全国自治体病院協議会 診療報酬対策委員会

D P C 小委員会

公益社団法人全国自治体病院協議会の診療報酬対策委員会は、会員病院の診療報酬上の新たな要望項目の調査を行っている。委員会の下に設置された D P C 小委員会は、D P C に係る要望項目の調査・検討に資するため、平成 28 年度診療報酬改定で変更のあった持参薬の取扱いに係る影響について、本アンケートを実施し、分析した結果を述べる。

調査対象	当協議会会員のうち、DPC 対象の 384 病院（平成 28 年 7 月 20 日時点）。
調査期間	平成 28 年 11 月 15 日～平成 28 年 12 月 9 日
調査方法と調査項目	調査票は自己記入式。 記入要領及び調査票を対象施設に配付し、調査票に入力のうえ、全国自治体病院協議会事務局へ提出。
回収率と有効回答	回答は 259 病院、回収率は 67%。 回答から調査項目の記載不備等を除いた有効回答数は 189 病院。

設問 1 持参薬を持ってこられた場合使用していますか。平成 27 年 10 月と平成 28 年 10 月で各々教えてください。
 院内でルールが決まっていれば、そのルールでお答えください。例外の事例は考えなくて結構です。

予定入院において、持参薬区分が「入院契機傷病の薬剤」であり、処方区分が「自院の薬剤」の場合、前年同月時点と比べて平成 28 年 10 月は「使用しない」の割合が 37%から 72%に増えた（表 1）。

また、持参薬が「入院契機傷病の薬剤」であり、処方区分が「自院以外の薬剤」の場合、前年同月時点と比べて平成 28 年 10 月は「使用しない」の割合が 28%から 63%に増えた（表 2）。

予定入院において、持参薬区分が「入院契機以外」であり、処方区分が「自院の薬剤」の場合、前年同月時点と比べて平成 28 年 10 月は「使用している」の割合に大きな変化はなかった（表 3）。

また、持参薬が「入院契機以外」であり、処方区分が「自院以外の薬剤」の場合も表 3 と同様の傾向であった。

【表1】 予定入院 入院契機傷病の薬剤・自院の薬剤（病院数）

		平成27年10月			
		使用している	使用しない	決めていない(バラバラ等)	総計 (割合)
平成28年 10月	使用している	36			36 19%
	使用しない	45	70	21	136 72%
	決めていない(バラバラ等)	2		15	17 9%
	総計 (割合)	83 44%	70 37%	36 19%	189 100%

【表2】 予定入院 入院契機傷病の薬剤・自院以外の薬剤（病院数）

		平成27年10月			
		使用している	使用しない	決めていない(バラバラ等)	総計 (割合)
平成28年 10月	使用している	49		1	50 26%
	使用しない	47	52	21	120 63%
	決めていない(バラバラ等)	2		17	19 10%
	総計 (割合)	98 52%	52 28%	39 21%	189 100%

【表3】 予定入院 入院契機以外・自院の薬剤（病院数）

		平成27年10月			
		使用している	使用しない	決めていない(バラバラ等)	総計 (割合)
平成28年 10月	使用している	136		4	140 74%
	使用しない	14	9	6	29 15%
	決めていない(バラバラ等)	2		18	20 11%
	総計 (割合)	152 80%	9 5%	28 15%	189 100%

【表4】 予定入院 入院契機以外・自院以外の薬剤（病院数）

		平成27年10月			
		使用している	使用しない	決めていない(バラバラ等)	総計 (割合)
平成28年 10月	使用している	137	1	7	145 77%
	使用しない	14	8	5	27 14%
	決めていない(バラバラ等)	2		15	17 9%
	総計 (割合)	153 81%	9 5%	27 14%	189 100%

緊急入院において、持参薬区分が「入院契機傷病の薬剤」であり、処方区分が「自院の薬剤」の場合、前年同月時点と比べて平成28年10月は「使用しない」の割合が20%から44%に増えた（表5）。

また、持参薬が「入院契機傷病の薬剤」であり、処方区分が「自院以外の薬剤」の場合、前年同月時点と比べて平成28年10月は「使用しない」の割合が17%から42%に増えた（表6）。

緊急入院において、持参薬区分が「入院契機以外」であり、処方区分が「自院の薬剤」の場合、前年同月時点と比べて平成28年10月は「使用している」の割合に大きな変化はなかった（表7）。

また、持参薬が「入院契機以外」であり、処方区分が「自院以外の薬剤」の場合も表7と同様の傾向であった。

全体的に「使用しない」傾向に変化していた。

【表5】 緊急入院 入院契機傷病の薬剤・自院の薬剤（病院数）

		平成27年10月			
		使用している	使用しない	決めていない(バラバラ等)	総計 (割合)
平成28年 10月	使用している	84		3	87 46%
	使用しない	29	38	17	84 44%
	決めていない(バラバラ等)	2		16	18 10%
	総計 (割合)	115 61%	38 20%	36 19%	189 100%

【表6】 緊急入院 入院契機傷病の薬剤・自院以外の薬剤（病院数）

		平成27年10月			
		使用している	使用しない	決めていない(バラバラ等)	総計 (割合)
平成28年 10月	使用している	87		5	92 49%
	使用しない	31	33	15	79 42%
	決めていない(バラバラ等)	2		16	18 10%
	総計 (割合)	120 63%	33 17%	36 19%	189 100%

【表7】 緊急入院 入院契機以外・自院の薬剤（病院数）

		平成27年10月			
		使用している	使用しない	決めていない(バラバラ等)	総計 (割合)
平成28年 10月	使用している	139	1	5	145 77%
	使用しない	11	6	6	23 12%
	決めていない(バラバラ等)	2		19	21 11%
	総計 (割合)	152 80%	7 4%	30 16%	189 100%

【表8】 緊急入院 入院契機以外・自院以外の薬剤（病院数）

		平成27年10月			
		使用している	使用しない	決めていない(バラバラ等)	総計 (割合)
平成28年 10月	使用している	137	2	8	147 78%
	使用しない	13	6	5	24 13%
	決めていない(バラバラ等)	2		16	18 10%
	総計 (割合)	152 80%	8 4%	29 15%	189 100%

設問 2	<p>持参薬の運用で該当するものを選択してください。</p> <p>(錠剤の一般的な内服薬を想定し、運用に近いものを選択してください。例外は考えなくて結構です)</p>
-------------	---

設問 2-1 「カルテ管理を電子的に行っているか？」は、電子カルテが 92%を占めていた (図 1)。

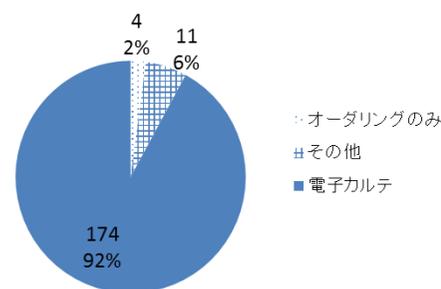
設問 2-2 「予定入院の場合、持参薬をいつ確認しているか？」は、入院時のみが 60%を占めていた (図 2)。

設問 2-3 「システムを使用して持参薬を管理しているか？」は、システムで管理が 54%を占めていた (図 3)。

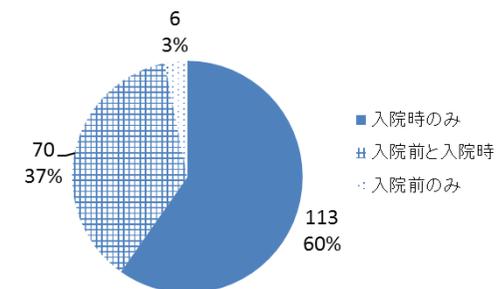
設問 2-4 「持参薬データは EF ファイル(医事システム)に自動で入力されるか？」は、自動入力が 34%、手入力が 39%を占めていた (図 4)。

設問 2-5 「EF ファイルに使用するデータは持参薬の指示量か実施量か？」は、実施量が 59%を占めていた (図 5)。

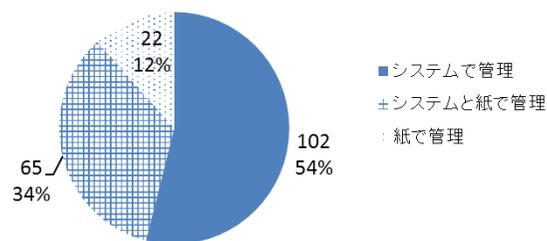
【図1】カルテ管理の状況



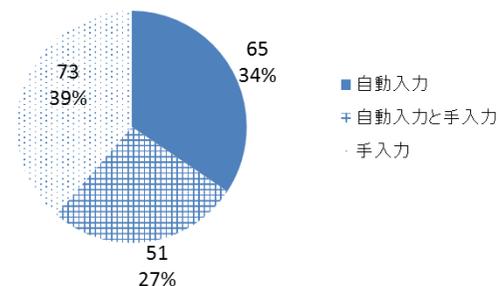
【図2】予定入院の持参薬の確認時点



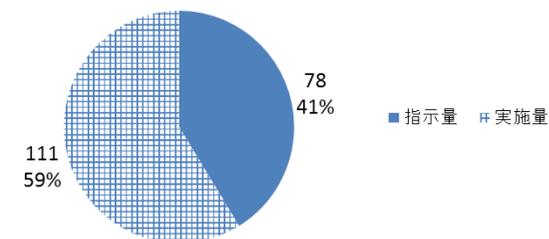
【図3】持参薬のシステム管理状況



【図4】持参薬データのEFファイルへの出力状況



【図5】EFファイルの持参薬データ内容



設問 3	持参薬の EF ファイルへの出力を開始するにあたり病院の負担はありましたか。(複数選択可能)
-------------	---

設問 3-1「システム変更に費用が発生した」は、189 病院のうち、67 病院（36%）が該当。うち、「可能であれば金額の記載」があった病院を見ると、200 万円以上は、14 病院（53%）が該当した（表 9）。

【表9】 システム変更費用の範囲

費用の範囲	病院数
100万円未満	6
100万円以上～200万円未満	6
200万円以上～300万円未満	7
300万円以上～400万円未満	3
400万円以上	4
総計	26

設問 3-2「持参薬の運用手順を変更する必要があった」は、189 病院のうち、158 病院（84%）が該当した。

設問 3-3「業務負担が増えた」は、189 病院のうち、183 病院（97%）が該当した。

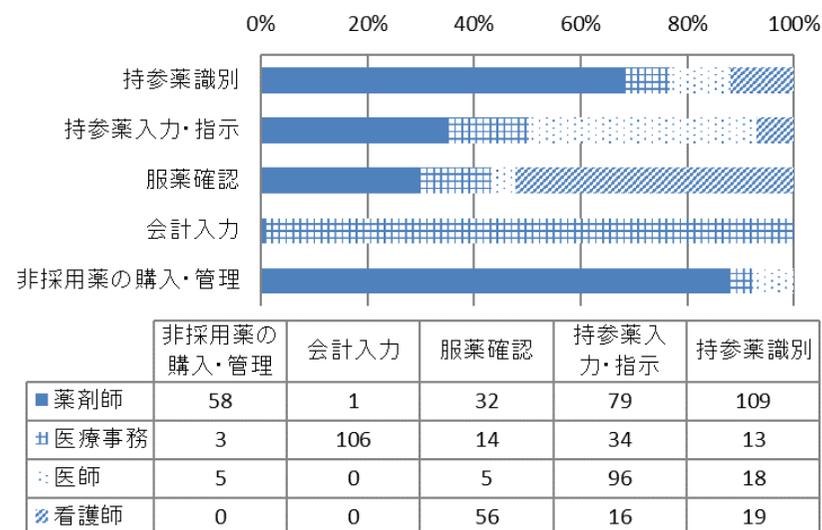
設問 4	<p>持参薬の運用変更および EF ファイルへ出力するために業務が増えた職種は何ですか。</p> <p>特に影響した職種に○を付け、増えた業務について5つの選択肢から最大3つまで選択してください。1つでも結構です。 (複数選択可能)</p>
------	--

持参薬の運用変更により、影響を受けた職種は多い方から、薬剤師、医療事務、医師、看護師の順であった。

増えた業務の状況（図6）を見ると、「持参薬識別」は薬剤師が69%、「持参薬入力・指示」は医師が43%、「服薬確認」は看護師が52%、「会計入力」は医療事務が99%、「非採用薬の購入・管理」は薬剤師が88%を占めていた。

上記以外の影響した職種に「診療情報管理士」と「医師事務作業補助者」の回答があった。

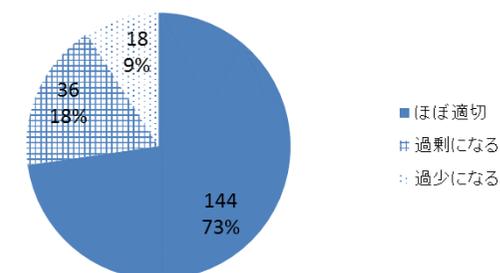
【図6】 持参薬の運用変更により影響した職種と増えた業務の状況



設問 5	<p>入院中に持参薬を使用した場合に EF ファイルに出力することとされています。</p> <p>処方日数は過不足なく EF ファイルに出力できていますか。(複数選択可能)</p>
-------------	--

入院中に持参薬を使用した場合の EF ファイルへの出力状況は、「ほぼ適切」が 73%を占めていた(図 7)。

【図7】 EFファイルへの持参薬使用の出力状況



設問 6	<p>持参薬を使用しない場合の影響についてメリット・デメリットを自由に記載してください。(複数回答可能)</p>
-------------	--

持参薬を使用しない場合の影響について、「メリット」が 123 個の意見、「デメリット」が 337 個の意見があり、「デメリット」の方が多かった。

メリットは、主に「医療安全面の向上」、「業務負担の軽減」、「服薬管理に有用」の意見が多かった。

デメリットは、「廃棄薬・残薬の増加」の意見が最も多く、次いで「採用薬・在庫の増加」、「臨時採用による購入費用と業務負担の増加」、「業務負担の増加」の意見が多く、その他に「患者の視点から薬の変更は混乱を招く」、「病院の持ち出し(コスト)が増加」、「医療安全面のリスクが高くなる」、「緊急入院時の対応が遅くなる」、「代替え薬による症状悪化への影響」、「管理負担の増加」などが挙げられていた。