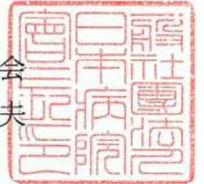


日病会発第 694 号
令和元年 11 月 18 日

厚生労働省
保険局長 濱谷 浩樹 殿

一般社団法人 日本病院会
会 長 相澤 孝夫



令和 2 年度診療報酬改定に係る要望書（第 2 報）

平成 30 年度診療報酬改定における全体の改定率は、平成 28 年度に続きマイナス改定となった。平成 30 年度の 3 団体合同（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会）の病院経営定期調査によれば、医業利益、経常利益ともに赤字額が拡大しており、診療報酬改定の影響は大きいとの集計結果であった。本調査は、改定後間もなくの調査であり、経過措置などへの対応がなされていない時点であるため、より正確な影響度については医療経済実態調査などの結果を待つ必要があるものの、ほぼ同一の傾向が出されると想定される。

一方、将来の少子超高齢社会へ向けて、病院の機能分化と強化は避けて通れない道筋であると認識しており、日本病院会としても変えるべきところは変えるとの方針のもと、社会状況に応じた医療提供体制の構築は必須と考えている。平成 30 年度診療報酬改定では、長期的な視点を勘案した入院医療の評価体系の見直しが行われ、また、昨年 6 月に開催された社会保障審議会では、2040 年を見据えた社会保障の将来の見通しが示される等、今後、各医療機関は、中長期的な展望を含め地域性を考慮した様々な選択が必要になるものと考えられる。変えるべきところは変えつつも、これまでのわが国の良好な医療レベルを保つためにも、守るべきところは守れるような診療報酬体系であることが望ましい。

令和 2 年度診療報酬改定へ向けて、日本病院会の診療報酬検討委員会において会員からの診療報酬改定への意見を募り、上記の観点からこれらを集約した。今後も健全な医療提供体制を確保しつつ、発展させるため、以下を要望する。

令和 2 年度診療報酬改定要望書（第 2 報）（概要版）

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

令和元年 9 月 19 日に社会保障審議会医療部会で示された 令和 2 年度診療報酬改定の基本方針について「改定の基本的視点と具体的方向性」に出来るだけ対応して列記した。

なお、精神科医療についての要望は別途に纏めた。

【Ⅰ 医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進する視点】

【入院医療】

- 1) 入院基本料の点数引き上げを要望する（Ⅰ-1）。
- 2) 医師事務作業補助体制加算について、医師の負担軽減を一層推進する観点から、点数の引上げを要望する（Ⅰ-6）。
- 3) 総合周産期特定集中治療室管理料（母体胎児集中治療室管理料）について、MFICU と隣接する産科一般病棟との当直兼務を可能とすることを要望する（Ⅰ-9）。

【ICT関連】

- 1) 患者に説明を要するものには「文書」を必須とせず、代わりに電子媒体による説明及び電子署名でも可能とすることを要望する（Ⅰ-14）。

【該当以外】

- 1) 診療報酬上、同意が必要な文書について、負担軽減と業務効率化の観点から項目毎にサインをもらうのではなく、一括のサインで可能となるよう要望する（Ⅰ-16）。

【Ⅱ 患者・国民にとって身近であるとともに、安心・安全で質の高い医療を実現する視点】

【入院医療】

- 1) 周術期口腔機能管理後手術加算について、現在の対象手術の他にも、侵襲の大きい手術は当該加算の対象とするよう、対象手術の要件拡大を要望する（Ⅱ-5）。

【外来医療】

- 1) 外来化学療法加算の見直しを要望する（Ⅱ-7）。
- 2) 救急搬送診療料について、救急搬送時の看護師同乗に関する加算の新設を要望する（Ⅱ-9）。

【該当以外】

- 1) 化学療法や放射線治療中のがん患者に対する栄養指導を行なった場合の診療報酬の新設を要望する（Ⅱ-11）。

【Ⅲ 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進に関する視点】

【入院医療】

- 1) 重症度、医療・看護必要度の見直しを要望する（Ⅲ-1）。
- 2) 入院時支援加算について、入退院支援を行うべき患者は緊急入院患者が多いことから、緊急入院であっても入院当初に療養支援計画が立てられた場合には算定できるよう要望する（Ⅲ-6）。

【外来医療】

- 1) 同一日の受診であっても、それぞれの科の専門医が診療する場合（もしくは受診傷病に関連がない場合）は、すべての科で診察料を算定できるようにすることを要望する。また、その際には2科目以降を減算しない（Ⅲ-9）。

【Ⅳ 効率化・適正化を通じて、制度の安定性・持続可能性を高める視点】

【入院医療】

- 1) 療養病棟について、トラマールOD錠などの「劇薬」やゾメタ点滴静注用4mg等を包括から除外することを要望する（Ⅳ-1）。
- 2) ERCP関連手技に関して必要に応じて独立して算定すべきものとするのを要望する（Ⅳ-5）。

【Ⅴ その他】

- 1) 地域包括ケア病棟入院料について、包括内容の見直しを要望する（Ⅴ-1）。
- 2) 回復期リハビリテーション病棟入院料について、包括内容の見直しを要望する（Ⅴ-2）。
- 3) 効率的な医療を提供する上で、365日平準的な医療提供がなされるような、診療報酬制度と各種保険制度との整合性をはかるよう要望する（Ⅴ-6）。
- 4) DPC変更時の月内での調整を可能とすることを要望する（Ⅴ-8）。

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

医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進する視点

通番	項目	分類	区分コード等	要 望 事 項	要 望 内 容 ・ 理 由	新規	見直し
I-1	入院医療（その他）			診療報酬の引上げ	○医師等の働き方改革等を進めるため、入院基本料の引上げを要望する。		○
I-2	入院医療（慢性期：療養病棟入院基本料）	90：入院料等		診療報酬の新設	○慢性期病院における介護士不足は、介護施設同様に厳しいのが現状である。そのような中、介護報酬では認められている『介護職員処遇改善加算』が医科診療報酬では無いのが現状であるため、医科診療報酬でも同様の点数を要望する。	○	
I-3	入院医療（特定入院料）	92：特定入院料	A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	専任医の要件見直し 算定要件の見直し	○「専任の常勤医師が常時1名以上」との規定を、「専任の医師が常時1名以上」へ変更（非常勤医でも可）を要望する。病院勤務医の働き方改革を進めるためには、非常勤医の活用は必須であるため常勤換算でも認めてもらえるよう見直しを要望する。		○
I-4	入院医療（入院基本料加算）	91：入院基本料等加算	A204-2 臨床研修病院入院診療加算 基幹型	施設基準の見直し	○基幹型の施設基準は当該保険医療機関の全職種を対象とした保険診療に関する講習を「年2回以上実施すること」となっているが、他にも全職種を対象とした講習を要件とするものが多く、多数の講習を実施することが負担になる為、年1回以上に見直すことを要望する。		○
I-5	入院医療（入院基本料加算）	91：入院基本料等加算	A207 診療録管理体制加算	点数の見直し	○診療情報管理室の実業務と必要人員量に関して、実情との乖離があるため、点数の見直しを要望する。 ○診療録管理体制加算1。年間退院患者2000名ごとに1名以上の専任常勤診療記録管理者の配置を要件としているため、仮に年間15,000名の退院患者に対しては8名必要となるが、それに対し現行の所定点数100点で15,000名の入院患者に算定しても年間1500万円で採算ベースにのらない。診療報酬加算点数の引上げを要望する。		○
I-6	入院医療（入院基本料加算）	91：入院基本料等加算	A207-2 医師事務作業補助体制加算	算定要件の見直し 診療報酬区分の新設	○医師事務作業補助体制加算について、医師の負担軽減を一層推進する観点から、点数の引上げを要望する。 ○現状15対1より高い評価の設定が無いため10対1の評価の新設を要望する。 ○医師事務作業補助者の需要が増加し人員確保が困難ななか、委託職員は施設基準に該当していない。また扶養の範囲内で勤務を希望する委託職員も数多く存在しているが、医療機関の求める労働時間との折り合いがつかず勤務できていない事例もあるため、雇用形態を問わず勤務時間を積算し常勤換算とする施設基準の要件変更を要望する。	○	○
I-7	入院医療（入院基本料加算）	91：入院基本料等加算	A213 看護配置加算 A214 看護補助加算	対象病棟の拡大	○療養病棟も自宅等や急性期医療を担う一般病棟より早期に患者を受入れており、医師、看護の負担が増している。その負担軽減を目的として療養病棟も算定の対象となりうるよう施設基準の算定要件見直しを要望する。		○
I-8	入院医療（入院基本料加算）	91：入院基本料等加算	A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	施設基準の見直し	○褥瘡管理者として専従で看護師を配置する事が要件になっているが、現場の実態に合わない為、専任要件とすることを要望する。		○
I-9	入院医療（入院基本料加算）	92：特定入院料	A303 総合周産期特定集中治療室管理料 （母体胎児集中治療室管理料）	医師要件（当直）の見直し	ONICU（新生児特定集中治療室）とGCU（新生児回復室）については、隣接する場合に同じ医師が当直を兼務することは認められている。 産科においても、MFICUと隣接する産科一般病棟との当直兼務を可能とすることを要望する。 産科医が全国的に不足する中、新生児科医と同様の基準見直しを要望する。		○
I-10	入院医療（その他）	50：手術、麻酔	処置通則5 手術通則12 休日・深夜・時間外加算	施設基準の見直し 【日本外科学会より要望提出予定】	○当直などを行った日が年12回以内であることとあるが、診療科全体で年12回の免除を、回数を増やすか医師あたりに変更することを要望する。 ○対象から第一助手を外して術者のみとすることを要望する。 ○入院中、緊急で手術を行う場合、休日・深夜のみの加算しか認められておらず、時間外に行った場合でも定時手術と同じ扱いである。緊急手術を行える体制を組んでいる病院を評価し、時間外の緊急手術にも加算を要望する。		○
I-11	入院医療（その他）	91：入院基本料等加算	A221 重症者等療養環境特別加算	対象患者の拡大	○重篤ではないが、認知症・不穏等により他の患者へ迷惑がかかる等、監視・管理が必要であり手間がかかる患者も対象とするよう対象患者の拡大を要望する。		○

通番	項目	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し
I-12	外来医療（多職種連携）	13：医学管理料等	B007-2 退院後訪問指導料	算定要件の拡大	○算定できる職種の拡大を要望する（医師の指示を受けた保健師、助産師、看護師に理学療法士、作業療法士の追加を要望する）		○
I-13	外来医療（多職種連携）	13：医学管理料等	B001-2-7 外来リハビリテーション診療料	勤務医負担軽減	○疾患別リハビリ実施毎にリハビリテーションスタッフとカンファレンスを行い診療録に記載することが求められているが、多忙な外来診療の合間にカンファレンスを行うことは勤務医の負担を大きくしており、外来勤務時間を延長している。カンファレンスを必須とするのではなく「疾患別リハ実施内容を診療録上で確認し医師が診療録に記載すること」とするよう見直しを要望する。		○
I-14	ICT関連	該当以外		説明文書の電子化	○患者に説明を行なう場合“文書”を必要とされているものが多数ある。それらには、「患者署名又は印」を要するものもあり、電子カルテ上に保存する場合、相当数の人手と時間を要する。そのため、説明を要するものには“文書”を必須とせず、代わりに電子媒体による説明及び電子署名でも可とすることを要望する。 例えば、入院診療計画書（別紙2）、退院支援計画書（別紙様式6の3）、短期滞在手術同意書（別紙様式8）、血漿成分製剤加算（別紙様式20）、輸血料（別紙様式26）等診療報酬上の文書及びその他手術同意書など診療上必要な説明文書		○
I-15	該当以外(消費税含む)	該当以外		専従専任の定義の見直し	○専従と専任の定義の見直しを要望する。専従は兼任不可だが、専任は兼任可。専従者に当直業務は不可だが、専任は可など。関連がある場合は可（例えば、脳血管リハと廃用リハは可など）。		○
I-16	該当以外(消費税含む)	該当以外	各種同意書について	同意書の一括サインについて	○診療報酬上、同意が必要な下記について、負担軽減と業務効率化の観点から項目毎にサインをもらうのではなく、一括のサインで可能となるよう要望する。 ・輸血に係る同意書（K920 輸血） ・血漿成分製剤の輸注に係る同意書（G004 点滴注射 注3 血漿成分製剤加算） ・身体的拘束実施時の同意書（A207-3 急性期看護補助体制加算） ・特別療養環境室希望時の同意書 ・がん治療連携計画策定料に係る同意書（B005-6 がん治療連携計画策定料） ・入院診療計画書（入院基本料）		○
I-17	該当以外(消費税含む)	該当以外	施設基準要件について	施設基準要件の見直し	○施設要件で研修を必要とする項目について、研修等はEラーニングで可能とするよう、見直しを要望する。		

患者・国民にとって身近であるとともに、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

通番	項目	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し
II-1	入院医療（特定入院料）	92：特定入院料	A301 特定集中治療室管理料	加算の新設	○地域の救命救急医療体制をより効率的に機能させるために、三次救急医療機関が救命救急入院料病棟ではなくICUに患者を入室させる場合がある。この両者には、専従医の配置、看護配置、設備面でほぼ同等の施設基準が設けられているが、点数には大きな差がある。ICUを、救命救急医療の提供に使用した場合に限り、救命救急入院料との差を補てんする加算の新設を要望する。		○
II-2	入院医療（入院基本料加算）	91：入院基本料等加算		報酬の復活	○救急搬送患者地域連携紹介加算の再度収載を要望する（2016年まであり）	○	
II-3	入院医療（入院基本料加算）	80：その他	A205 救急医療管理加算	救急医療に対する評価の拡充	救急医療体制の確保のため、関係する診療報酬項目の見直しを要望する。 ○救急医療管理加算1の算定要件の状態アからケに当たらない、同加算2を算定する場合でも、当該要件と同等の状態もある。救急医療管理加算1と2の一体化、若しくは加算2の点数を手厚くすることを要望する。 ○算定要件が明確にならない場合であれば、レセプト請求で査定された場合の査定理由を都度示することを要望する。（審査員の個々の判断が大きく影響されて査定される事例もあると考えられるため）		○
II-4	入院医療（入院基本料加算）	91：入院基本料等加算	A232-2 がんゲノム医療中核拠点病院加算	対象医療機関の拡大	○2018年度改定により、がんゲノム医療中核拠点病院加算が新設された。遺伝子パネル検査については、結果の解釈のため、多職種で構成されるエキスパートパネルの開催が必須となる。エキスパートパネルは、がんゲノム医療中核拠点病院が開催することになっているが、がんゲノム医療連携病院においても、主治医・その他がんゲノム医療関連職種が参加しており、これらの人件費の評価がされていない。わが国のがんゲノム医療を進展させるためには、遺伝子パネル検査結果の解釈ができるがんゲノム医療職種の教育が重要となる。その意味においてもエキスパートパネルへの参加は重要であり、エキスパートパネル運営相当の点数評価はがんゲノム医療連携病院にも拡大すべきと考える。		○
II-5	入院医療（その他）	50：手術、麻酔	通則17 周術期口腔機能管理後手術加算	対象手術の拡大	○現在の対象手術の他にも、侵襲の大きい手術は当該加算の対象とするよう、対象手術の要件拡大を要望する。		○
II-6	入院医療（その他）	90：入院料等		妊産褥婦に対して継続的に手厚いケアが提供できる体制への評価	○少子化や核家族化など、社会状況の変化を受け、妊産婦が地域で孤立せず、安心して子育てができるための、子育て世代への包括支援が求められている。2018年改定でも、精神疾患を合併したハイリスク妊産婦に対して、各科や自治体が連携して手厚い指導管理を行うことが特に評価されたところである。育児不安や育児困難は、多くの妊産婦が直面しやすい問題であり、支援を必要とする対象者は精神疾患を合併する妊産婦に限らない。産後うつや虐待、周産期の自殺等を防ぐためには、妊娠初期から分娩、産後直後、退院後まで、助産師が中心となって、切れ目なく母子を支える一貫した支援が必要である。 よって、地域の母子が安心して暮らせるための、妊産褥婦に対する継続的な手厚いケアが提供できる母子のための病棟が実現できる体制整備について、検討を要望する。		○
II-7	外来医療（一般と専門外来の機能分化）	30：注射	通則6 外来化学療法加算	診療報酬の見直し	○外来において行う化学療法は、専用施設にて医師をはじめ多くの職種が関わり、治療時間が長い場合、現在の点数設定では、人件費等を回収することは不可能であり収支のバランスは取れていない。そのため、入院させて治療を行ったほうが収入は多くなることから、一部では外来で行うべき化学療法でも、入院させて行う医療機関があり、不要な入院医療となっている恐れがあるため、点数の増点を行い、外来治療の収支均衡を要望する。	○	○
II-8	外来医療（多職種連携）	13：医学管理料等		化学療法管理体制への評価	○外来化学療法患者については、患者の状態を日々把握し電話及び在宅を訪問などによる、総合的な医学管理が必要である。しかしながら、外来での指導管理については外来化学療法加算としての基準があるものの、日々の総合的な医学管理については評価されていない。外来化学療法患者が安全で効果的な治療を継続するためには、医師、専門看護師及び認定看護師、がん専門薬剤師などによる総合的な医学管理体制について評価することを要望する。 ○がん化学療法患者への総合的な医学管理を実践するためには、がん専門看護師、がん認定看護師、がん専門薬剤師などによる総合的な医学管理体制について評価することを要望する。また、医師の働き方改革及びチーム医療の推進という観点からも、がん化学療法患者に対する総合的な医学管理について評価されるべきである。	○	

通番	項目	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し
II-9	外来医療（救急医療）	14：在宅医療	C004 救急搬送診療料	加算の新設	○救急搬送時の看護師同乗に関する加算の新設を要望する。 患者を救急用の自動車にて保険医療機関に搬送する際、医師不在を避けるために看護師が同乗する事がある。医師の判断で搬送に同乗を任される看護師の責任は重く、経験や知識も必要であり、搬送中は患者の状態の変化はもちろんの事、患者・家族への不安に対する看護も不可欠である。看護師の同乗にも救急搬送時の算定料を要望する。	○	
II-10	該当以外(消費税含む)	13：医学管理料等	B001㉓ がん患者指導管理料	算定要件の見直し	○がん患者管理指導料イ 現在のがん診断ごとの1回の同席では、外科においては術後病理結果が出てからの診断確定時に取得することが多い。術前の病名がつかない時期の治療による機能や形態の変化、日常生活に及ぼす影響などの看護師の補足説明や喪失に伴う感情などの支援に対して取得することができない。またがん患者の生存が延長したことに伴い、積極的抗がん治療の中止や、新たな治療（ゲノム医療や治療など）の選択において、サバイバーとして生きることに伴う妊孕性や就労の問題など、患者は何度も何度も悪い知らせに晒されており、医師と協働して治療選択や療養の場の選択の支援を行わなければならない。がん疑いでも治療に伴う看護師の同席の要望、治療の変更など同一診断に対して取得できるよう算定回数の見直しを要望する。 ○がん患者管理指導料ロ 看護外来などで精神・身体・社会的苦痛をアセスメントし取得している。現在は患者のみに取得しているが、家族の不安や葛藤についても時間をかけ対応している。膀胱がんなどの進行がんに関しては診断期からACPをすすめていくうえで家族への介入はキーとなる。また療養先の決定や患者の看取りにおける家族への支援についても必要で対象の拡大を要望する。また、現行ではがん領域に関する専門看護師・認定看護師しか取得要件に満たないが、がん疾患における摂食嚥下障害看護認定と皮膚排泄ケア認定看護師は治療上あるいは病気の進行によって起こる障害に対してのケアや指導に関して卓越しており取得要件も拡大を要望する。 ○がん患者指導管理料ハ 後方ラインや3～4レジメン経過後には既に上限回数を超えていて算定することができない。また、経口抗がん剤の薬剤師外来等では介入回数が多くなり上限回数を超えてしまい算定することができないため、算定回数を見直しを要望する。近年では新規抗悪性腫瘍剤の登場により、治療レジメンの選択の幅が広がると共に、発現する副作用も多岐に亘る。特に免疫チェックポイント阻害剤による副作用は重篤化する可能性もあり、そのマネジメントは非常に重要である。そのため、現在主流である外来抗がん剤治療における副作用管理や副作用の未然防止、投与量管理に深く関与する薬剤師の外来での介入業務は安全で有効な化学療法を行う上で非常に重要であると考えられる。しかし、現在のがん患者指導管理料ハの算定回数では1患者につき6回上限であるため、2次治療以降、あるいは介入回数の多い経口抗がん剤に関しては大半が算定できない状況である。この1患者6回の上限回数を、1レジメン毎等にする事により、全国の外来化学療法において、外来における薬剤師による説明・指導が推進され、患者に安全かつ効果的な化学療法を提供できることに繋がると考えられる。	○	
II-11	該当以外(消費税含む)	13：医学管理料等	B001㉑ 外来栄養食事指導料 B001㉒ 入院栄養食事指導料 B001㉓ がん患者指導管理料 上記いずれかに近い区分	診療報酬の新設	○化学療法や放射線治療中のがん患者に対する栄養指導を行なった場合の診療報酬の新設を要望する。化学療法や放射線療法による食欲不振など栄養状態が不良の患者に対し、体液モニターにて脱水や浮腫などの状態も確認することもあり、その状態に合わせ、QOLを維持していくための個別指導を行っている。よって、厚生労働大臣が定める特別食を必要と認めた患者に対して行う既存の治療管理料とは区別して評価することを要望する。	○	
II-12	該当以外(消費税含む)	13：医学管理料等		診療報酬の新設	○がんゲノム医療に関する下記診療報酬(医学管理料)の新設を要望する ○エキスパートパネル診断料 既定要件に基づいて医師・研究者から構成されるがんゲノム医療中核拠点病院のエキスパートパネルにおいて、遺伝子プロファイリング検査結果に意義付けを行い、治療方針の検討を行う。国内外のデータベースを調査し、臨床情報と合わせることで遺伝子異常の病的意義や合致する治療法を検討する。データベース参照などの準備も含めると最低でも1症例20分以上を要する。 がんゲノム医療の推進が進む中、次世代シーケンサーを用いた遺伝子プロファイリング検査の薬事承認が予定されているが、当該検査では様々な体細胞変異や生殖細胞変異が検出され、それらを医学的に診断し、治療に反映させる新しい技術が要求される。遺伝子パネル検査は結果を診療に反映させるためには意義付けが不可欠である。中核拠点病院の指定要件にも、エキスパートパネル構成員が記載されている。 ○がん患者ゲノム医療指導管理料 遺伝子パネル検査の結果を医師から知らされたあとの、がんゲノム医療コーディネーターの役割は大きく現在は研修を受けた看護師が担っている。患者家族の理解度にあわせた補足説明を行うこと、治療効果についても厳しい状況があるなかで、反応や意向を捉え、社会的背景や精神面、身体症状を包括的に捉え、治療を選択する場合のQOLや個人情報や治療の是非に関する倫理的側面についても十分検討し意思決定を行う必要がある。難しい局面での対応に関してコミュニケーションスキルも駆使した意思決定支援の役割が求められ、指導管理料として要望する。	○	

通番	項目	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し
II-13	該当以外(消費税含む)	60：検査		診療報酬の新設	<p>○がんゲノム医療に関する下記診療報酬(検査)の新設を要望する</p> <p>○がんゲノム検査検体作製料</p> <p>多遺伝子パネル検査の品質確保のために、検査前プロセスにおいて適切な対象検体(主に腫瘍組織検体)の処理を行う。</p> <p>がんゲノム医療の推進が進む中、次世代シーケンサーを用いた遺伝子プロファイリング検査の薬事承認が予定されているが、当該検査では様々な体細胞変異や生殖細胞変異が検出され、それらを医学的に診断し、治療に反映させる新しい技術が要求される。</p> <p>従来病理組織診断と同様の処理方法では、コンタミネーションのリスクが高いため、症例毎のマイクロトームの刃の交換や清掃などが必要となる。(日本病理学会「ゲノム診療用病理組織検体取扱い規程」)</p> <p>ゲノム検査のためがんゲノム医療中核・連携病院向けにがんゲノム検査用検体を作製する場合にも適応できるものとする。</p> <p>○がんゲノム検査診断料</p> <p>多遺伝子パネル検査に提出する腫瘍組織検体について、腫瘍細胞率の測定を行う。</p> <p>がんゲノム医療の推進が進む中、次世代シーケンサーを用いた遺伝子プロファイリング検査の薬事承認が予定されているが、当該検査では様々な体細胞変異や生殖細胞変異が検出され、それらを医学的に診断し、治療に反映させる新しい技術が要求される。遺伝子パネル検査の正しい結果の解釈には腫瘍細胞率が正確である必要があり、測定には技術を要する。また腫瘍細胞比確保のため、熟練した病理医によるマーキングも必要になる。(日本病理学会「ゲノム診療用病理組織検体取扱い規程」)</p> <p>他院にて作製されたがんゲノム検査用腫瘍組織検体についても、本項目の適応とする。</p>	○	

医療機能の分化・強化、連携と地域包括システムの推進に関する視点

通番	項目	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し
Ⅲ-1	入院医療（急性期：重症度、医療・看護必要度）	90：入院料等	A100 一般病棟入院基本料	看護必要度の見直し	○「重症度、医療・看護必要度」の評価項目に、C項目が追加されたが、「同一疾患に起因した一連の再手術の場合は、初回の手術のみ評価の対象とすること。」とされているが、再手術後の患者であっても、看護師の患者に対する療養上の世話をしないわけではないため、「同一入院中に複数の手術等を実施し、実施日が異なる場合には、それぞれの手術日から起算して評価が可能であるものであること。」また、一旦退院し再度入院した場合は評価の対象となるもの（2016年6月14日付事務連絡 疑義解釈（その4）問1の答）と同様の取扱いとすることを要望する。 ○認知症患者には食事介助や排便介助、ADLの全面介助など看護や介護に手がかかることが多く、ADLの全面介助を行ってもA項目の評価は「O」である。また、せん妄患者に対しては緊急対応が必要であり、安全な医療環境の提供には人手を必要とするにもかかわらずA項目の評価は「O」である。このような(a)認知症患者、(b)せん妄患者に対する医療看護必要度（重症度）の適切な評価を要望する。		○
Ⅲ-2	入院医療（急性期：重症度、医療・看護必要度）	90：入院料等	A1001 急性期一般入院基本料	診療報酬の見直し	○急性期一般入院料1の診療報酬見直しを要望する。 2018年度改定では7対1入院基本料に関しては点数に増減点はなかった。10対1との間に5段階を新設し、段階的な10対1への移行を国が重視していることが窺えるが現行の7対1病院にとって維持費用（物的・人的）は上がることがあっても下がることはない。例えば平均在院日数を18日より短くすることで増点してはどうか。逆に7対1の基準を上げることで10対1への移行が強まるのではないか。		○
Ⅲ-3	入院医療（回復期：回復期リハビリテーション病棟入院料）	92：特定入院料	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	施設基準の見直し 対象疾患の拡大	○運動器のリハビリは、入院時と退院時では実績指数の伸びは大きいですが、脳疾患リハビリテーションでは、FIMの改善は時間を要するため施設基準の見直しを要望する。 ○入院料を規定するアウトカム評価として、実績指数が導入されたが、恣意的な報告のリスクがあり、プロセス評価と表裏一体の運用が望ましいため、回復期リハビリテーション病棟入院料の上位基準に第三者評価による認定を加えることを要望する。 ○回復期リハビリテーションを要する状態については、疾患（術後）により算定上限日数が設定されているが、重症度が高い場合、算定日数上限以上の入院リハビリテーションを要することがある。重症度も加味した算定日数上限が設定されることを要望する。 ○回復期リハビリテーション入院料の対象患者について、透析患者は透析以外の患者と比較し、リハビリの成果が出にくい傾向がある。合併症を抱えた患者等、併存疾患での重症度のレベルでの点数の評価を要望する。 ○回復期リハビリテーション病棟入院を要する状態の拡大を要望する（パーキンソン病、ギランバレー、ALS、てんかん、悪性疾患等）		○
Ⅲ-4	入院医療（入院基本料加算）	91：入院基本料等加算	A200 総合入院体制加算	対象病棟の拡大 施設基準の見直し	○療養病棟入院基本料または地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている場合算定できないが、後方病院が十分でない中山間地域等では基幹病院も一定程度回復期・慢性期医療を提供しなければならないことから、療養病棟入院基本料または地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている場合も、急性期医療を中心に担っている医療機関については算定できるよう要望する。 ○総合入院体制加算1は精神病床を有していなければ算定できないが、精神病床が無くても、精神合併症例数ならびに救急車で搬送された同症例数が、精神病床を持つ病院と同等以上であれば、総合入院体制加算1と同等の点数を評価することを要望する。 ○放射線治療機器の入れ替え時における年間放射線件数の見直しを要望する。放射線治療機器については、耐用年数による入れ替え時期が発生する。入れ替えに際しては高額な費用（億単位）を要するが、この間に放射線治療件数が満たされずに収入が減ってしまうことで更に病院経営の悪化を招く。については年間治療件数4000件については、機器更新前1年間や機器更新後1年間の実績等などの条件の見直しを要望する。 ○総合入院体制加算1～3全てに「精神科」「産科・産婦人科」の標榜が必要で精神疾患については24時間診療体制が必要とされている。急性期病院で「精神科」「産科・産婦人科」が標榜していなくても24時間診療体制を取っている医療機関に対し評価の見直しを要望する。 ○総合入院体制加算1。外来の縮小を推進するにあたり、診療情報提供料(I)(B009)の添付加算(注7)の算定が必要である。ICTを活用した場合に基準に繰り入れられないこと。同様のことをICTを活用した場合に算定できる電子的診療情報評価料(B009-2)30点と差が大きいため見直しを要望する。またA200の計算式にB009-2を追加することを要望する。		○

通番	項目	分類	区分コード等	要 望 事 項	要 望 内 容 ・ 理 由	新 規	見 直 し
Ⅲ-5	入院医療（入院基本料加算）	91：入院基本料等加算	A212 超重症児（者）入院診療加算・準 超重症児（者）入院診療加算	算定要件の拡大	<p>○日本慢性期医療協会の加盟病院で実施した調査において、平成24年度診療報酬改定によって「当面の間当該加算を算定できるもの」とされた「重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジス患者又は神経難病患者等」を一定割合以上入院させることが施設基準で求められている障害者病棟もしくは特殊疾患病棟の利益率は、同じ慢性期医療である療養病棟に比べ低い傾向にあることが示されている。さらに同調査では、筋ジス又は神経難病患者は、他の疾患に比べ患者1人当たりの利益率が有意に低く、それらは主に人件費の影響であり、当該加算を算定しない場合、難病患者の保険請求ベースでの利益率は平均で-4%になることが報告されている。すなわち、筋ジスや神経難病患者の入院医療に対応することは、現状の診療報酬制度では病棟運営の観点からは好ましいものではなく、当該加算の算定はそれを補填し、これらの患者の療養環境を確保するという役割の一端を担っていると言える。改定通知の一部見直しとして「当面の間当該加算を算定できる」とされたことは、関係者からの強い要望によって成されたものであり、前述した調査結果は必ずしも一部の医療機関に特有な傾向(または問題)ではないと考えられる。筋ジスや神経難病患者の入院医療に対する評価が手厚く見直されない限りは、これらの患者の入院療養の場を確保するためにも、次期診療報酬改定においても「当面の間」を継続することが不可欠である。当該加算の算定は、病院経営の観点における神経難病患者等の入院療養の場の確保につながるため、医療経済的なアプローチによる、これらの患者および介護者のQoLを支える手段だと捉えられる。また、平成24年度診療報酬改定において当初示された「15歳までに障害を受けた児(者)に対し算定する」ということについて、15歳未満に発症したことを医学的に特定することは困難であり、また、小児よりも成人患者の方が介護力に乏しいケースが多く、かつ手間がかかると考えられるため、発症の年齢に拘わらず多くの人手間を要する患者状態を算定対象とすることを要望する。</p>		○
Ⅲ-6	入院医療（入院基本料加算）	91：入院基本料等加算	A246 入退院支援加算 入院時支援加算 地域連携診療計画加算	診療報酬の見直し 算定要件の見直し 施設基準の見直し	<p>○入院早期から退院後の切れ目ない支援を評価することを2018年改定で名称変更され、入院前から支援を行えるようになったが、自宅等から入院するものに限定されている。切れ目のない支援と早期の退院支援をするうえでも、他医療機関からの転院患者も対象とするよう算定要件の見直しを要望する。</p> <p>○入院時支援加算は、入退院支援を行うべき患者は緊急入院患者が多いことから、緊急入院であっても入院当初に療養支援計画が立てられた場合には算定できるよう要望する。</p> <p>○「生活困窮者であること」が加わったが、具体的にどのような状態を言うのかが不明瞭である。生活保護を受けている者以外に治療費支払いができない者などが考えられ、個々の患者の状況に対応できない。通知等ではなく、改定項目として要望する。</p> <p>○看護師・社会福祉士の病棟配置基準がフルタイムの常勤であるが、子育て世代を考慮し1日6時間の時短勤務者（パート含む）も可能とするよう要望する。</p> <p>○地域連携診療計画加算を適用した場合、600点(入退院支援加算1)+300点(地域連携診療計画加算)=900点 地域連携診療計画加算を利用しなかった場合、250(診療情報提供料1)+200点(添付加算)+600点(入退院支援加算1)=1050点の算定となる。</p> <p>地域連携診療計画加算の算定には施設基準もあり整合性を取るために1050点より高くすることを要望する。</p> <p>○地域連携診療計画加算（在宅緩和ケア地域連携バス）を適用している場合も、退院時共同指導料の併算定が可能となるよう見直しを要望する。バスの算定には施設基準があるにも関わらず算定できないのは活用促進につながらないとする。</p> <p>○入院前に時間をかけて患者の状態把握に努めているが、退院困難者である入退院支援加算を算定した患者のみ算定できていることになっている為、実態と合わない。入退院支援加算・入院時支援加算それぞれ単独で算定できることを要望する。</p>		○
Ⅲ-7	入院医療（その他）	90：入院料等	A106 障害者施設等入院基本料	点数の見直し（増点・減点） 項目設定の見直し	<p>○日本慢性期医療協会の加盟病院を対象にした調査において、筋ジス・難病群、重度の障害群、重度の意識障害群を群別比較した結果、入院1日あたりの利益額は、筋ジス・難病群が-1,084円±436円、重度の障害群は+1,765円±962円、重度の意識障害群は+35円±362円となり、筋ジス・難病群のみ利益額がマイナスになると報告されている。</p> <p>報告結果から、筋ジス・難病患者を多く受入れている病棟ほど利益額が低くなり、重度の意識障害または重度の障害を多く受入れている病院ほど一定の利益額を得られていると推測される。その結果、施設基準を満たしながらも入院患者層の違いにより、筋ジス・難病患者を一定数以上受入れている病棟ほど、採算性の確保のために、人件費を削るか、もしくはこれらの患者の入院対応を一定数以下に抑えるかという経営判断を強いられている。現状の診療報酬制度では、筋ジス・難病患者を一定数以上受入れていることへの経済的評価はなく、それらの患者の療養環境の向上を図るため、手厚い人員配置を敷いても、児童福祉法で規定された施設でない限り、最も点数の高い7対1入院基本料を算定することはできない。筋ジス・難病患者へのケアの担保という観点から、それらの患者を一定数以上受入れている病院に対し、経済的評価を与えるべきである。一方、わが国の医療情勢を鑑みると、総合的な医療費の抑制の観点も重要であると考えられるため、「筋ジス・難病患者を一定数以上受入れている」ものと従来の施設基準である「別に厚生労働大臣が定める重度の障害者、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を概ね7割入院させる」もので、入院料に段階制を導入し、前者を評価し、後者を引き下げること、総合的な医療費の抑制も兼ねる。また、社会医療診療行為別統計(27年6月審査分)の結果では、障害者施設等入院基本料の算定数のうち約68%が10対1入院基本料であるため、多くの患者を受入れている10対1算定病院から対象にするべきである。</p> <p>また、それらの患者に対するケアの維持には、家族による協力が不可欠であるが、疾患の特殊性から介護疲れとなり、一度入院すると協力が得られなくなることが少なくない。そのため、レスパイトケアなどで一定の回転率を維持できている病棟ほど、家族の協力が得られていると考えられる。しかし、受入れる数が多いほど利益額が低下するため、一定数以上の受入れを抑えるという経営判断を余儀なくされている。従って、筋ジス・難病患者へのケアの担保という観点から、レスパイトケア等の回転率を一定割合以上維持されている病棟を評価するべきである。</p> <p>(見直し前) 1,329点(10対1入院基本料) (見直し後) ①1,279点/日(筋ジス・難病、重度の意識障害・肢体不自由を概ね7割以上入院させるもの) ②1,546点/日(筋ジス・難病患者のみを一定割合以上入院させるもの) ③50点/日(レスパイトケア加算(仮称))</p> <p>・見直し後の点数設定は、疾患別の入院1日あたりの平均利益額から求めた。筋ジス・難病は-2,166円±969円であり、重度の意識障害、重度の障害は、+1,178円±734円であった。そのため、既存の10対1入院料からは、利益相当額の半額程度である50点を差し引き、1,279点と設定した。残りの約50点をレスパイトケア加算への財源とした。</p> <p>対して、「筋ジス・難病患者のみを一定割合以上入院させるもの」の所定点数は、ケアの質を担保するための経済的評価という観点から、マイナス部分を補填するため、所定点数に+216点とし、1,546点と設定した。</p>		○

通番	項目	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し
Ⅲ-8	外来医療（かかりつけ医）	13：医学管理料等	B005-7-2 認知症療養指導料	算定要件の拡大	○認知症患者の関係機関との連携に対し、かかりつけ医は「認知症療養指導料」を月1回、6月を限度として算定できるが、そのためには、診療情報提供書を作成する必要がある、負担が多いものとなっている。一方で、「特定疾患療養管理料225点」は月2回算定することができ、月2回算定で450点となり、「認知症療養指導料」を上回る。さらに、この2つの同時算定は認められていない。以上のことから、点数が高い「特定疾患療養管理料」を算定し、点数が低くかつ診療情報提供書作成の負担がある「認知症療養指導料」は算定しないため、診療情報提供書が作成されない。したがって現行の診療報酬制度では、認知症に関する連携が促進されにくいと考えられる。認知症患者を地域で支えるためには、かかりつけ医と認知症疾患医療センターとの連携は重要であり、連携を促進するには「認知症療養指導料」と「特定疾患療養管理料」の同時算定可能とするべきである。		○
Ⅲ-9	外来医療（その他）	11：初・再診	A000 初診料 A001 再診料 A002 外来診療料	算定要件の拡大 加算の新設	○同一日の受診であっても、それぞれの科の専門医が診療する場合（もしくは受診傷病に関連がない場合）は、すべての科で診察料を算定できるようにすることを要望する。また、その際には2科目以降を減算しない。		○
Ⅲ-10	外来医療（その他）	11：初・再診	A001 再診料 時間外対応加算 電話再診料	診療報酬の見直し	○時間外対応加算は診療所で算定できているが、病院においても時間外におけるかかりつけ患者からの問い合わせは多いため、かかりつけ医機能を有する病院（許可病床200床未満）においても算定可能とするよう見直しを要望する。 ○200床以上の医療機関では電話再診料が算定できないが、電話による照会が多く抗癌剤の服用についてや副作用、化学療法後の体調の変化など、がん患者からの電話による相談が多く、医師や看護師、薬剤師などスタッフの対応時間も多く費やしているため算定要件の拡大を要望する。		○
Ⅲ-11	在宅医療（訪問看護）	13：医学管理料等	C0053 在宅患者訪問看護・指導料 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人口膀胱に係る専門の研修を受けた看護師による場合	診療報酬の見直し	○人工呼吸器を必要とする在宅患者に対して、専門的な知識を持つ看護師のケアは有効であることから、人工呼吸器ケアに係る専門の研修を受けた看護師（特定行為看護師、集中ケア認定看護師、救急看護師、急性重症患者専門看護師などを含む）が訪問し、呼吸管理について看護又は療養上必要な指導を行った場合も保険診療点数として評価するよう見直しを要望する。		○
Ⅲ-12	該当以外（消費税含む）	13：医学管理料等	B009 診療情報提供料(1)	算定要件の見直し 加算の新設	○高齢患者の増大に伴い、複数科が関与する機会が多い。医療安全の観点から紹介先保険医療機関ごとから診療科ごとの算定とするよう算定要件の見直しを要望する。 ○大病院に通院中の患者に対し、外来医療の機能分化の観点から、400床以上の病院から200床未満の病院及び診療所に患者を紹介した場合の加算の追加設定を要望する。患者に機能分化の必要性等を説明し、紹介の同意を得る作業には非常に労力がかかるため思うように進んでいないのが現状である。機能分化を加速させるためにも加算の設定を望む。	○	○

効率化・適正化を通じて制度の安定性・持続可能性を高める視点

通番	項目	分類	区分コード等	要 望 事 項	要 望 内 容 ・ 理 由	新 規	見 直 し
IV-1	入院医療（慢性期：療養病棟入院基本料）	90：入院料等	A101 療養病棟入院基本料	包括からの除外	○疼痛コントロールのための医療用麻薬のみが出来高扱いになっているが、トラマールOD錠などの「劇薬」を使用している患者の受入れの妨げになっていることもあり、同様に出来高扱いにすることを要望する。又、ソメタ点滴静注用4mgも同様な状況があり、包括から除外することを要望する。		○
IV-2	入院医療（その他）	50：手術、麻酔	K142 脊椎固定術	加算点数の追加	○脊椎固定術において、腸骨から採取した骨髓液を局所骨（手術部位の骨）と混ぜて骨移植した場合、「自家骨移植術」の定義に該当しないとみなされ算定不可となっている。従って当該Kコードの中に新たな加算点数を追加する等、見直しを要望する。	○	
IV-3	入院医療（その他）	50：手術、麻酔	K476 乳腺悪性腫瘍手術 乳癌センチネルリンパ節加算	算定要件の見直し	○医学は進歩しており、今は全ての症例において術中迅速が必要なわけではない。温存療法において転移が2個以下かつ放射線療法を予定している場合に、術中迅速を実施せず、術後永久標本でしっかり病理診断をしている。しかし審査機関からは術中迅速病理診断を行わない場合のセンチネルリンパ節加算が認められていないため、術中迅速病理標本作成を実施しない場合のセンチネルリンパ節加算の保険請求可能とするよう見直しを要望する。		○
IV-4	入院医療（その他）	50：手術、麻酔	K643 後腹膜悪性腫瘍手術	診療報酬の見直し	○当手術は、骨盤内における操作が多く、隣接臓器を合併切除する機会が多いため手術の難易度が非常に高い。K645 骨盤内臓全摘術が120,980点と、同じぐらいの評価があっても良いのではないかと考えるため、医科点数の増点を要望する。 症例の殆どが紹介元の病院で「手術不能」と診断された症例である。その理由は、骨盤内を広範囲に占拠しており、骨盤内臓器全摘術になる症例が多いからである。また多くは悪性脂肪肉腫であり、抗癌剤など内科的治療には全く奏功せず、唯一の治療として外科治療があるのみであり、その意味においても医科点数の増点は妥当と判断する。		○
IV-5	入院医療（その他）	50：手術、麻酔	K685 内視鏡的胆道結石除去術 K687 内視鏡的乳頭切開術	算定要件の見直し	○ERCP関連手技に関して必要に応じて独立して算定すべきものとするのを要望する。 総胆管結石、胆管炎の症例について、緊急でERCPを施行し、乳頭切開術を行ったものの全身状態が悪い場合が多く、NBDを留置して一旦終了する。数日後に全身状態の改善を受けて、胆管内の多数の結石を順次処理し、胆管炎の憎悪予防に際し、NBDを留置して終了する。以上の中で、保険点数が認められるのは、初回の乳頭切開術だけであり、結石除去やNBDに関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。		○
IV-6	入院医療（その他）	50：手術、麻酔	遺伝性乳癌卵巣癌（HBOC）の予防的乳房切除術 予防的卵管卵巣摘出術	診療報酬の新設	○「BRCA1 遺伝子」あるいは「BRCA2 遺伝子」に生まれつき変異があり、遺伝性乳がん卵巣がん症候群と診断された方の予防切除術について保険適用を要望する。	○	
IV-7	入院医療（その他）	50：手術、麻酔	手術	複数手術に係る費用の特例からの除外	○「複数手術に係る費用の特例」のうち、（主）K740直腸切除・切断術と（従）K672胆嚢摘出術、（従）肝切除術、（従）脾摘出術の例については通則14（2）のイと比較しても遠隔部位の2手術と考えられるため、複数手術における費用の特例の項でなく個々で算定可能となることを要望する。		○
IV-8	入院医療（その他）	50：手術、麻酔		複数手術に係る費用算定範囲の拡充	○「腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術と腹腔鏡下肝切除術」等、「腹腔鏡＋腹腔鏡」を併施した場合での、複数手術に係る費用の特例となる範囲を拡充するよう要望する。低侵襲である「腹腔鏡＋腹腔鏡」の併施を行う例が増加しており、提供する医療も高度なものとなっているが、併施での費用算定が認められていないケースがあるため、特例範囲を拡充頂きたい。		○
IV-9	入院医療（その他）	50：手術、麻酔	大動脈遮断術	診療報酬の新設	○経皮的ではなく、開腹時に大動脈遮断を行った場合の手技の新設を要望する。	○	

通番	項目	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し
IV-10	外来医療（一般と専門外来の機能分化）	60：検査	D026 検体検査判断料	診療報酬の見直し	<p>○外来化学療法治療中の患者に対する、検体検査判断料算定回数の見直しを要望する。血液検査によって各臓器の機能の状態を把握し、安全な治療を行なうことを確認するために必要な行為のため、検体検査の判断料として、現行の算定回数を月1回と限らず算定可能とする、もしくは、再診料に係る外来管理加算のような、診察料に対する加算として評価することを要望する。あるいは、検体検査判断料を外来化学療法加算に含めたものとし、同加算の増点を要望する。</p> <p>○遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、D006-4遺伝学的検査を実施する際、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益について説明等を行った場合に算定可能であるが、各学会（例 日本医学会「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」等）では、遺伝カウンセリングは医師と遺伝カウンセリングに習熟した者が協力することが望ましいとされている。そのため、算定要件に医師又は遺伝カウンセリングに習熟した者（認定遺伝カウンセラー）が、遺伝カウンセリングを実施した場合は算定可能とするよう算定要件の見直しを要望する。</p>		○
IV-11	DPC関連	50：手術、麻酔	別シート有「Kコード」	Kコードの細分化	<p>○Kコードでの病院指標公表の見直しを要望する。</p> <p>○手技コードは部位によって独立しているがKコードは同一であり、データ分析などの時に支障になる 例：DPC病院指標⑥ 診療科別 Kコード別 実績 トップ5</p>		○
IV-12	調剤関連（かかりつけ薬局と病院の連携）	20：投薬	薬剤師外来	診療報酬の新設	<p>○患者の処方内容について、各病院、各薬局での情報収集ではなく、一元で処方薬剤が確認できる仕組みの構築推進するため、外来部門の薬剤師配置に対する診療報酬上の評価を要望する。</p> <p>お薬手帳と紹介状が頼りとなり、患者自身はきちんと管理できていないことも多い。かかりつけ医、専門外来と処方場所が複数、処方箋を出す薬局が複数、患者がいろいろなところで受診するなど、いざ手術などで休薬調整をしても、あとから他で処方されていた薬を実は飲んでいたことがわかり、手術が延期されるなどということが発生している。また、ジェネリックが多く、休薬すべき薬剤の名称が多すぎて鑑別に時間がかかる。</p>		○
IV-13	調剤関連（その他）	20：投薬	フォーミュラリー加算	加算の新設	<p>○フォーミュラリー（『患者に対して最も有効で経済的な医薬品の使用方針』）に基づき標準薬物治療の推進を行う医療機関における処方、調剤にかかる加算を要望する。</p> <p>2016年、2017年と連続して経済財政諮問会議でも取り上げられ、医療費削減に短～長期的に有用な手法のため、加算の新設を要望する。</p>		○

その他

通番	項目	分類	区分コード等	要 望 事 項	要 望 内 容 ・ 理 由	新 規	見 直 し
V-1	入院医療（回復期：地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料）	92：特定入院料	A308-3 地域包括ケア病棟入院料	算定要件の見直し	<p>○地域包括ケア病棟入院料および地域包括ケア入院医療管理料について、早期の在宅復帰に向けたリハビリ・各種指導（栄養指導、退院前訪問指導、薬剤管理指導等）を積極的に提供する病棟を評価するため、加算の創設、包括範囲の見直し等を要望する。</p> <p>○地域包括ケア入院料に介護支援等連携指導料（B005-1-2）や退院時共同指導料（B004・B005）が包括となっているが、在宅への退院を目標とする病床機能であるため、カンファレンスについて別途評価を要望する。</p> <p>○院内全体の他職種から形成されたサポートチームと地域包括ケア病棟との共同により算定が可能な栄養サポート加算、排尿自立指導料について、在宅復帰支援のための他職種連携の推進として地域包括ケア病棟での算定も可能とするよう要望する。</p> <p>○入院患者が救急治療目的で転院となった場合は在宅復帰率より除外することを要望する。</p>		○
V-2	入院医療（回復期：回復期リハビリテーション病棟入院料）	92：特定入院料	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	包括からの除外	<p>○2016年度診療報酬改定により、排尿指導料（B005-9）新設がなされた。排尿指導料は、病棟看護師と排尿ケアチームが下部尿路機能回復のため「包括的な排尿ケア」を行った場合に週1回200点を6回まで算定できる。ただし、回復期病棟では、包括の範囲とみなされており現在は算定ができない。入院料1においては、重症患者が3割以上・看護職員配置も13対1・在宅復帰率も7割という基準があり、重症患者割合も多いことから、下部尿路障害を有する適応患者も必然と多くみうけられる。医療処置や急変対応などは、一般病棟と比較すると少ないが日常生活において繰り返すADLの改善を中心に在宅復帰を目指すためには多職種チームによる介入が不可欠と考えられる。そのためにも、排尿指導料を包括範囲から除外することを要望する。</p> <p>○介護支援等連携指導料（B005-1-2）や退院時共同指導料（B004、B005）が包括となっているが、在宅への退院を目標とする病床機能であるため、カンファレンスについて包括から除外することを要望する。</p> <p>○抗がん剤治療、神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）（L100）、退院前訪問指導料（B007）、退院時リハビリテーション指導料（B006-3）などを包括から除外することを要望する。</p> <p>○包括外算定点数の要望項目として、回復期病床でも対応可能と考えられる局所麻酔下で実施可能な手術項目、心臓カテーテル法などの高額検査項目の追加を要望する。</p>		○
V-3	入院医療（入院基本料加算）	91：入院基本料等加算	A224 無菌治療室管理加算	算定要件の見直し	<p>○白血病等の患者等入退院を繰り返すケースで入院期間が通算された結果、入室していても点数が算定できないケースが見受けられる。無菌治療室の基準を満たしており、同条件の医療提供をしていて算定できないことは、1入室期間の長期在室で日数超過することは異なったものと考えるので、一入院毎に90日の算定限度を設けることという見直しを要望する。</p>		○
V-4	入院医療（入院基本料加算）	91：入院基本料等加算	ADL維持向上等体制加算	算定要件の見直し	<p>○ADL維持向上等体制加算は患者1人につき入院した日から起算して14日間算定できる。ただし、疾患別リハビリテーションを算定した場合は、当該療法を開始した日から当該加算を算定できないとされている。療法士が中心に行う、脳血管リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等の個別介入を行った場合は算定できないことは理解できるが、摂食機能療法を実施した時点でもADL維持向上等体制加算の算定ができない。摂食機能療法は看護師も含めた他職種で算定することができるため、摂食機能療法を算定した場合に除外とすることを要望する。</p>		○
V-5	入院医療（入院基本料加算）	91：入院基本料等加算	A247-2 認知症ケア加算	点数の見直し	<p>○認知症ケア加算1と2では14日以内の期間の点数格差が大きい。認知症症状を考慮した看護計画作成、研修要件等より点数評価について見直しを要望する。</p>		○
V-6	入院医療（その他）	該当以外		診療報酬制度と各種保険制度の整合性	<p>○一入院一期間と取り扱うものと、一入院であっても月単位で取り扱うものがあり、治療計画に影響を及ぼすものについては見直しを要望する。</p> <p>例えば、高額療養費については、月単位の請求となることから、患者側は月末の手術を拒むなどの影響が出てきている。効率的な医療を提供する上で、365日平準的な医療提供がなされるような各種保険制度との整合性を図りたい。</p>		○
V-7	入院医療（その他）	該当以外	入院時食事療養費	特別食加算	<p>○特別食の算定要件の1つに、「無菌治療室管理加算を算定している患者」とあるが、無菌治療室管理加算は、算定上限が90日を限度とされているが、患者の病態により90日を超えて無菌治療室に入室している場合、無菌治療室管理加算の算定はできないが、それと合わせて特別食も算定できなくなるため、無菌治療室管理加算の算定有無に関わらず、特別食が算定可能となることを要望する。</p> <p>○嚥下に配慮し必要栄養料を提供するには、高度な技術、手間、材料を要するため、これら食事（嚥下食）を特別加算食とするよう要望する。</p> <p>○外国の宗教関連の特別食は治療に配慮し必要栄養料を提供するには、高度な技術、手間、材料を要する為これら食事（宗教関連）を特別加算とするよう要望する。長期入院になった場合、持ち込み食は治療の妨げになる。</p>		○

通番	項目	分類	区分コード等	要望事項	要望内容・理由	新規	見直し
V-8	DPC関連	90：入院料等		DPC制度の見直し	○入院期間中に診断群分類がDPCから出来高請求に分岐が変更になった場合、入院初日より出来高請求となるため、レセプトの返戻手続き、患者に精算し直しの説明を行い理解していただくのは難しいため、DPC変更時の月内での調整とすることを要望する。		○
V-9	DPC関連	90：入院料等		高額薬剤の取扱いについて	○高額薬剤を使用した場合のDPCでの取扱い方法の発表を薬価収載と同時に行うことを要望する。		○
V-10	DPC関連	該当以外	機能評価係数Ⅱ	評価の見直し	○特定行為研修を促進し、医師働き方改革を推進のためにも「特定行為の研修施設」または「特定行為研修修了看護師または診療看護師の勤務実績」を入院/DPC領域で評価することを要望する。		○
V-11	該当以外(消費税含む)	40：処置	J118-4 歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)	算定要件の拡大	○ロボットスーツ以外の歩行補助機器など、歩行運動処置の範囲の拡大を要望する。		○
V-12	該当以外(消費税含む)	60：検査	内視鏡検査通則1	診療報酬の見直し	○従来から超音波内視鏡検査の算定は、消化管内視鏡検査+超音波加算で算定されている。早期胃癌の深達度診断に関しては、通常の内視鏡検査にミニチュアプローブで検査を追加するという形であるため、従来の算定方法は理にかなっていない。しかしながら、胆膵系の超音波内視鏡検査においては、上部検査管を精査する余裕はないため、消化管内視鏡検査+超音波加算でレセプトが作成され、さらに同月内に胃内視鏡検査が行われていた際に、しばしば消化管内視鏡検査の重複過剰を指摘され、査定されることがある。最終的には別の検査であることを再審査にて理解していただいている。また、胆膵超音波内視鏡検査は検査件数が急増している一方で、所要時間が長く、鎮静を要することもあり、腫瘍の深達度精査とは異なり、熟練度も要求される検査である。更には、専用検査機器は極めて高額である。以上のこと等を踏まえて、胆膵系超音波内視鏡検査は従来より増点し、単独の保険点数として整備するよう診療報酬の見直しを要望する。		○
V-13	該当以外(消費税含む)	70：画像診断	E102 核医学診断 E203 コンピューター断層診断	診療報酬への加算	○2020年4月より、線量管理が義務化され、厚生労働省方針として体制確保の具体的な対応方針示されている。 ①安全管理責任者の配置 ②安全管理のための指針の策定 ③診療放射線従事者に関する医療放射線に係る安全管理のための職員研修の実施 ④その他医療放射線による医療被ばくに係る安全管理のための必要となる方策の実施。 上記の項目の医療被ばくにおける正当性及び最適化について必要な管理ソフト等が必要になり、線量管理及び線量記録は、診療放射線技師が実施する。上記4項目及び管理・記録がされている施設には、新規項目としての点数を要望する。		○
V-14	該当以外(消費税含む)	80：その他	入院料等通則 B009 診療情報提供料（I）	算定要件の見直し	○病院や診療所、訪問看護ステーション等の開設者が同一法人等の「特別の関係」にある場合の診療報酬上の制約については、2018年度診療報酬改定において、退院時共同指導料等の算定が認められるなど緩和が図られた。しかし、依然として診療情報提供料を算定できないほか、入院期間の通算が必要になる等の制約がある。中山間地域では同一法人が複数の医療機関を開設し、地域の医療ニーズに依っている状況にあることから制約の撤廃・見直しを要望する。		○

令和2年度診療報酬改定に係る要望書（第2報）

精神医療 要望項目

【1. 重点項目】

■ 他医療機関受診の見直しを要望する

- ①クロザリル投与による副作用のために契約医療機関に受診した場合は、他医療機関受診から除外することを要望する。
- ②精神科救急や精神科急性期（特定入院料）を算定している病棟に入院している患者が、一般科医療機関に転院する必要がある場合には、精神科薬に限ってのみ数日間の投与を認めることを要望する。
- ③精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は、精神科救急・合併症入院料においては、1回の入院期間中に、再度病状が悪化などして当該入院料を算定する病棟へ入院させた場合には算定できるとあるが、これを1回の入院中、数回算定できるよう算定要件見直しを要望する。

■ 精神科リエゾンチーム加算の診療報酬の見直しを要望する

- ①せん妄や抑うつ、精神疾患、自殺企図の患者に対する必要な診察とあるが、継続的なケアを要することから、1回あたりの点数を300点から400点に増点し、かつ対象となる患者の症状の重症度や抱える背景事情の複雑さなどから週に数回の対応も必要とするケースも少なからずあることを考え、算定回数を週2回まで可能に見直しを要望する。
- ②リエゾンチームの医師については、常勤医のみに限定するよう施設基準の見直しを要望する。
※現在の規定ではリエゾンチームの医師は専任だが、非常勤医でも可とされている。非常勤医では臨床の現場で日々変動する患者の病態変化を緻密に追うことができず、看護師や他の専従職員との連携もうまくいかない。結果的に患者の治療上の利益を損ない、平均在院日数の減少にも有意な差が生じてくると考えられるため。

■ 栄養サポートチーム加算の対象病棟の拡大を要望する

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

<新たに対象とする病棟>

- ・精神病棟入院基本料病棟
- ・精神科救急入院料算定病棟
- ・児童思春期精神科入院料
- ・精神科急性期治療病棟入院料算定病棟
- ・精神科救急・合併症入院料

【2. 入院の要望】

■ 高額薬剤(持続性抗精神病薬)の算定要件の見直しを要望する

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

<包括病棟>

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

<高額薬剤参考>

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

■ 総合入院体制加算の施設基準の見直しを要望する

総合入院体制加算を精神病棟に適応すること、更に総合入院体制加算2・3における施設基準に標榜科としての精神科の存在を必須とすることを要望する。

※現在精神科病棟を有し、本加算を算定している病院は、精神病棟における算定は認められていないが、施設要件として精神科の標榜が含まれ、精神病棟が設置されていれば、一般病棟と同様に精神病棟においても急性期医療を担える体制があると考えられる。また、本加算2・3において施設基準に標榜科としての精神科の存在が明記されることで精神科の重要性が示されることになり、喫緊の課題である一般医療と精神医療の連携が更に促進されることは確実と思われる。

■ クロザピン、電気けいれん療法導入目的に関する評価を要望する

クロザピンを導入する目的での患者紹介、電気けいれん療法を導入する目的での患者紹介・受け入れがあった時には、双方の医療機関に評価を要望する。

※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。導入するには入院、通院ともに登録施設になる必要があり、処方促進し維持するには病病連携、病診連携が不可欠である。平成初年度からはクロザピン処方等の適切な実施は医療計画で定められて行くことが予測される。

■ クロザピン投与に伴う検査料の包括からの除外を要望する

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

<包括病棟>

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

■ 精神病棟入院基本料における平均在院日数の見直しを要望する

①退院調整部門を設置（看護師または精神保健福祉士が当該病棟専従）する場合、平均在院日数 60 日以内でも算定可能とするよう算定要件及び平均在院日数の見直しを要望する。

※地域の中核病院である総合病院精神科は、急性期医療、身体合併症医療を担っている。人員配置、精神疾患特性を考慮していただきたい。10対1を算定できる施設が増えるとしても、人員配置が手厚くなることで、早期退院が可能となり、医療費は変化なしと推測される。退院調整部門を設置（看護師または精神保健福祉士が当該病棟専従）を条件として10対1においては、60日が妥当であると判断するため。

②精神科病棟入院基本料 10：1 入院基本料は、平均在院日数 60 日以内をすることを要望する。
※治療抵抗性の患者や発達障害者(児)など充実した治療環境と日数を要望する患者も多くいる。また、10対1看護配置を要する精神科救急入院料の算定可能期間は3か月となっており、精神科病棟入院基本料の平均在院日数 40 日以内と比較すると、本入院料の基準は短く、60日が妥当と考えるため。

③精神保健福祉士の専従配置は、1年以上の入院患者の退院数を基準とすることを要望する。
※長期入院となっている重度慢性病棟からの退院促進は、政策的な課題であるため。

■ 精神科救急入院料の施設基準の見直しを要望する

① 「精神科救急入院料」算定対象患者としてⅠ～Ⅳの患者を対象とするよう見直しを要望する。

- Ⅰ 療養型の精神病棟からの転院や3か月前に入院歴のある患者
- Ⅱ 他県の精神科病院（救急病棟含む）入院中又は、受診している患者が、外泊中、仕事や旅行中の急性増悪により入院することとなった場合
- Ⅲ クロザリルや m-ect 治療目的での転院してきた患者
- Ⅳ 患者家族の意向等による自主退院後、3か月以内の再入院

※措置入院、緊急措置入院、応急入院患者以外での算定対象患者は、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関の精神病棟に入院（医療観察法入院を除く）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者となっている。この取扱いにより、精神病棟からの転院や3か月前に他病院の精神病棟への入院がある場合には、算定対象患者とはならないことになる。しかし精神病院においても、救急・急性期、療養と機能分化されてきている現状を踏まえると、①の患者を算定対象とする必要がある。また、地方の常時対応型精神科救急医療基幹病院においては、様々な患者を救急で受け入れている現状を考え、②の患者を算定対象とする必要がある。それ以外に、転院直後は治療計画を立てるための検査や多職種でのカンファレンスなどに時間を要するため③の患者を算定対象とする必要がある。

② 精神病棟に入院後4週間以内の転院した場合、算定できるよう見直しを要望する。

※重篤な病態の患者が入院した場合は、救急急性期状態にある患者の治療に必要な人的配置や医療設備がある病院に転院をして、必要な治療が受けられることが必要。一般医療においては、入院後に病態が悪化したり、重篤な病態が診断されたときには、適切な病院に転院をしている。同棟のことが精神科病院においても必要であるため。

③ 入院中の患者が他医療機関を受診した場合の入院料減算廃止を要望する。

※精神科救急入院を要する患者の場合、精神症状が中枢神経系ないし全身の身体疾患から生じている頻度は高いため、医療の質を確保し、医療安全を確保するには、他科の受診が不可欠の状態となることも多い。また受診に対しては、精神症状ゆえに看護師等職員同行を必要とすることから多大な労力を要している。よって他の一般医療と同等に減算することは合理性を欠くため。

④ 治療抵抗性症例（重度かつ慢性基準への融合）にあたる場合には、3か月以内の自宅等へ移行からの除外を要望する。

⑤ 常勤医師の定義を医療法に準ずることを要望する。

※診療報酬上の常勤医師の定義は、週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上であることをいう。医療法では、週32時間以上で常勤医師、通常の休暇、出張、外勤などがあっても全てを勤務する医師に該当するため。

⑥ 施設基準の時間外等の年間実績について地方については中央値の値での数字を満たすこと、都市部については人口割合に対する件数は満たすように区分けすることを要望する。

※平成30年4月改定により時間外等の年間実績が、200件から150件又は120件に変更となっているが、150件は30件、120件は25件の過去3か月間に当該保険医療機関内に受診していない患者となり厳しいものとなっている。地方に対する緩和で地域における人口万対〇件の数字が年間の時間外等は緩和になっているが、過去3か月間に当該保険医療機関内に受診していない患者の割合は緩和している文章のように2割以上になっているが、件数は150件は30件、120件は25件を選択するようになっている。全国一律の診療報酬のため、平均で割合をしていると思うが、都市部は人口や件数が多いため数値にばらつき、つまりはずれ値が存在し、平均してはいけない問題と考えるため。

【3. 外来の要望】

■ 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の見直し

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

<評価（案）>

・導入初期及び中期：月3回（6ヶ月） ・維持期：月1回

※クロザピン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。クロザピンは、導入後4週間が心筋炎、心外膜炎、肺炎、胸膜炎、肝炎、腎炎等の重篤な有害事象の発生の可能性が高く、厳密な医学的管理が必要となる。CT検査、エコー検査、血液検査、専門的診察等の頻度が高い。また5週目からは上記の有害事象の発生は少なくなるが、18週までは無顆粒球の活性頻度が高く、この時期までに95%の無顆粒球症が発生する。添付文書では3週間は外泊不可、18週は原則入院とされてる。27週目以降は血液検査頻度が1週間毎から2週毎に延長される。