

# 平成 30 年度 中国四国医師会連合 医療保険分科会

と き 平成 30 年 5 月 13 日 (日)

と ころ ホテルグランヴィア岡山

報告：常任理事 萬 忠雄  
理 事 清水 暢

平成 30 年度の診療報酬改定を受けて、その評価について中国四国ブロックの意見取りまとめを目的とした分科会が開催された。提出された協議題は全部で 118 項目あり、意見交換を行った後に、後日、開催される予定である日本医師会の社会保険診療報酬検討委員会への提出項目のまとめを行った。なお、昨年度の同分科会において、今改定に向けた要望項目を中国四国ブロックから 10 項目提出していたが、参考としてその反映結果を以下一覧のとおり掲載する。

また、各項目の協議とは別に、今改定で新設

された「夜間看護体制特定日減算」の地域医療への悪影響について意見交換を行ったところであるが、これについては徳島県医師会（幹事県）が文書にまとめ、日医へ意見提出することとなった。

他に、社会問題化してきている偽装在留外国人の公的医療保険制度の利用についても、厚生労働省保険局国民健康保険課長通知「在留外国人の国民健康保険適用の不適正事案に関する通知制度の試行的運用について」（平成 29 年 12 月 27 日）を基に情報提供、意見交換が行われた。

(平成 30 年度) 診療報酬改定に対する要望項目

	点 数 項 目	具 体 的 内 容	参 考		評 価
			現行点数	要望点数	
1 重点	C001 在宅患者訪問診療料	○ 算定要件の見直し及び点数の引き上げ 「1人の患者に対して1つの医療機関」とする制限を改め、対象疾患ごとに治療を担当している医療機関が、それぞれ算定できるようにしていただきたい。 また、医師が行う在宅患者訪問診療料(同一建物居住者)は203点であるが、同様の看護師が行うC005-1-2「同一建物居住者看護・指導料」は580点であり、薬剤師が行うC008「在宅患者訪問薬剤管理指導料」は300点である。医師が行う診療点数を上げる必要がある。	203点	600点	○
2 重点	F100 処方料 F200 薬剤料 F400 処方せん料	○ 薬剤料(7種類以上)の遮減性廃止 患者から他医療機関分もまとめた処方への依頼等があるが、高齢者は多疾患を併せ持つ患者が多く多剤投与になるため対応に苦慮する。 また、多剤投与による服薬管理は、より手間が必要であり、高度な医学的知識が求められる。  ○ 院内調剤の増点、及び院内での一包化加算の新設 ①院外調剤に比較して、院内調剤の点数が低すぎるため増点が必要。 ②薬の飲み忘れ、飲み誤りのある高齢患者や、疾患のため錠剤の取り出し困難な患者が増えているのが現状であり、患者の状態や薬の無駄を防ぐため、院内処方での薬の一包化を進めているが、数種類の薬の一包化には大変手間がかかっている。調剤薬局では認められているにもかかわらず、一包化加算が院内処方では認められていないため、医師の管理下であれば、入院外患者に対して一包化加算を算定できるようにしていただきたい。一包化には分包機の費用(通常のもので200万~自動分包機700万~)等も必要となるため強く要望する。		(処方42日以下) 32点 (処方43日以上) 220点	×

	点数項目	具体的内容	参 考		評価
			現行点数	要望点数	
3	B000：特定疾患療養管理料	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 特定疾患療養管理料の対象疾患の拡大 ・認知症、骨粗鬆症、難治性逆流性食道炎、慢性腎臓病、膠原病、パーキンソン病、高尿酸血症</li> <li>○ 算定方法の見直し 月 2 回の算定が可能だが、受診回数が増える傾向にあるため、従前の算定要件に加えて、月 1 回の受診で長期間処方した場合の点数を設定する。</li> </ul>	(月 2 回) 225 点	(月 2 回) 225 点  (月 1 回) 450 点	×
4 重点	A000 初診料 A001 再診料	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 初診料・再診料の点数引き上げ 初診料・再診料は、不当に評価が低い。初診料・再診料を基本資格とする、患者さんが理解しやすい診療報酬体系に改善すべきであり、高齢者の増加に伴う評価も必要である。</li> </ul>	282 点 72 点	305 点 80 点	△
5	A308-3 地域包括ケア病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 算定要件の緩和</li> <li>①入院期間が通算される再入院の場合における通算 60 日制限の廃止が必要である。退院後に施設に帰るケースばかりではないため、入退院を繰り返す患者にとっては地域包括ケア病棟としての機能が活かしていない。</li> <li>②山間部及び島嶼等の特定の地域については、算定要件（200 床未満）の緩和（250 床未満）が必要である。</li> <li>③ 1 日 3 単位以上のリハビリテーションについては、出来高算定とすることが望まれる</li> </ul>			×
6	A 入院料	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入院患者の他医療機関受診制限の撤廃 入院患者が他医療機関を外来受診した日は、入院医療機関では入院基本料の減額、外来受診先では算定制限がかかる。これは双方の医療機関の専門的な医療を制限するものであり撤廃すべき。また、双方の医療機関の『合議』などの規定は、現状困難であり医療機関に取り扱いを丸投げした感は否めず不合理と考える。</li> </ul>			△
7	B009診療情報提供料	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 他院入院患者の診療情報提供の点数化 患者を診療所から他病院等へ紹介する場合の診療情報提供については診療報酬の算定が可能であるが、入院中（又は施設入所中等）の患者に対して病院から診療情報の提供依頼があり、情報提供した場合は診療報酬の算定ができないことは理不尽な制度であり、算定要件の変更が必要である。</li> </ul>			×
8	C002 在宅時医学総合管理料	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 処方せん無交付加算点数の引き上げ 在医総管は引き下げられた。中山間地では訪問診療も都市部に比べて大変であり、院外処方をしようにもできない。院内処方でも 1 月 300 点の患者は少ない。ちなみに当院で調べてみると約 800 点。その差額は持ち出しである。都市部で院外処方している先生より中山間地で頑張っている先生に手厚くしていただきたい。在医総管を元に戻していただきたいがそうはいかないと思われるので、せめて処方せん無交付加算を倍の 600 点にしていただきたい。</li> <li>○ 算定要件の見直し また、包括されて算定できない項目（処置料等）について見直しが必要である。</li> </ul>	300 点	600 点	×
9	A246 退院支援加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 算定要件の緩和 退院支援加算 1 については、「専従」の職員が「入院後 3 日以内」に、退院支援加算 2 については、「入院後 7 日以内」に患者の抽出をすることが算定要件とされているが、日数を緩和していただきたい。 また、少子化が進む山間部・離島部においては人口減少が著明であり、医療従事者の確保が難しくなっているため、特定の地域においては、「専従」職員から「専任」職員へ要件を緩和していただきたい。</li> </ul>			△
10	D285 認知機能検査その他の心理検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 認知症診療の環境整備（対象検査の拡大） 認知症は増大の一途で、幅広い医療機関での対応が課題であり、その一助としての、認知機能検査（MMSE、HDS-R 等）は時間や労力が必要であるため、その評価の新設を要望する。</li> </ul>		200 点	○