

平成 31 年度 中国四国医師会連合

医療保険分科会

と き 平成 31 年 4 月 20 日（土）

と ころ ホテルグランヴィア岡山

報告：常任理事 萬 忠雄

常任理事 清水 暢

日本医師会では診療報酬に係る諸問題を検討するため社会保険診療報酬検討委員会が設置されているが、日本医師会長から同委員会に対し、令和 2 年度の診療報酬改定に向けて、「次期診療報酬改定に対する要望項目の選定」について諮問されている。そのため、中国四国医師会連合における同要望項目の取りまとめを目的とした分科会が、引受け県である島根県医師会により開催された。

協議については、各県から事前に提出された 72 項目の要望の中から 10 項目を選定して、中国四国ブロック代表の委員である本会の萬 常任理事から前述の社会保険診療報酬検討委員会へ提出することとなった。

選定した項目は以下のとおりであるので、ご参照願いたい。

次期（令和 2 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	
			現行点数	要望点数
1	A000 初診料 A001 再診料	○ 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・再診料を基本骨格とする、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。 ○ 妊婦加算の算定要件変更 妊婦加算の算定凍結措置を解除し、算定要件を「投薬・注射」の算定がある場合にのみ加算できるものと変更する。	282 点 72 点	305 点 80 点
2 重点	B000：特定疾患療養管理料	○ 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、間質性肺炎 ○ 算定方法の見直し 月 2 回の算定が可能だが、月 1 回の受診が常態化しているため、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等は、別に点数（450 点）を設定する。（旧来の算定方法）	(月 2 回) 225 点	(月 2 回) 225 点 (月 1 回) 450 点
3	B001-2 小児抗菌薬適正使用支援加算	○ 算定要件の見直し 小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料を算定しない場合（内科等の標榜医療機関）でも算定できるようにしていただきたい。		
4	B001-2-9 地域包括診療料	○ 要件解釈の見直し 地域包括診療料について（3）当該患者を診療する担当医を決めると記載されている。個別指導において、この「担当医」とは特定の“1 人”の担当医でないと算定できないとの回答があった。現在、大学病院等は複数の医師が「共同担当医」として連携をとりながら、診療を行う事は一般的である。また、地域包括診療料算定の施設基準として 2 名以上の常勤医が必要であることから、本文面における「担当医」とは、「必ず特定の 1 名でないとイケない」と明記されていない以上、「診療所の常勤医師が担当医として連携をとりながら、継続的かつ全人的な医療を行う」と解釈する事を否定する合理的な理由が無いように感じる。昨今の働き方改革法案でも過重労働の制限が目的となっており、本要件に対する解釈の見直しを要望する。		

5 重点	B009 診療情報提供料 (I)	○ 算定要件の見直し ① 他医療機関・介護施設からの診療情報の提供依頼があった場合 ② 入院医療機関から診療情報の提供を求められた場合 ③ 患者が県外へ転居する場合等で、交付時に紹介先医療機関を特定できない場合 以上については、患者の同意を得て、情報を提供した場合は算定ができるようにしていただきたい。 ○ 電子的加算の増点 (イノベーションへの対応) (現在) 30点 → 50点	30点	50点
6	D012 感染症免疫学的検査 22.RSウイルス抗原定性 及び25.ノロウイルス抗原定性	○ 算定要件の緩和 1 歳未満や 3 歳未満・65 歳以上など、年齢制限が設けられているが、特にノロウイルスについては、厚生労働省医政局地域医療計画課から「医療機関等におけるノロウイルスの院内感染予防対策の徹底について」(平成 28 年 11 月 30 日)において、院内感染によるノロウイルスの集団感染を疑う場合等は、速やかに管轄保健所に報告する旨が通知されていること、及び保育園、小中学校の園児、児童等においては、出席停止措置の制度が一般化しているため、患者家族から確定病名を求められる等の理由により、当該検査の年齢制限は撤廃が必要である。		
7 重点	F100 処方料 F200 薬剤料 F400 処方せん料	○ 薬剤料 (7 種類以上) の減減性廃止 患者から他医療機関分もまとめた処方の依頼等があるが、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、院内処方では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。 また、院内処方における調剤技術基本料 (入院外) も著しく点数が低いいため、増点が必要である。	8点	(処方42日以下) 32点 (処方43日以上) 220点
8	A308-3 地域包括ケア病棟入院料	○ 施設基準の見直し (在宅復帰率) 平成 30 年度改定で在宅復帰率の分子から「療養病棟」「介護老人保健施設」が削除されたため、同復帰率 7 割を維持することが困難となっている医療機関が多く、復元願いたい。		
9	A 入院料 A100 一般病棟入院基本料 等の夜間看護体制特定日減算	○ 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。平成 30 年度の改定で減額率は緩和されたが、やはり、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否めず不合理と考えるため、撤廃が必要である。 ○ 夜間看護体制特定日減算規定の撤廃 救急告示病院における夜間看護体制特定日減算規定は撤廃が必要である。特に地方病院の夜間看護体制の取扱いには柔軟性を求める。		
10	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	○ 算定対象の拡大 (回復期リハビリテーション病棟での心臓リハビリについて新設) 現在、回復期リハビリ病棟の対象疾患に心臓疾患が含まれていないため、回復期リハビリ病棟では心臓リハビリテーションができない状態である。今後、心疾患の増加 (心不全の増加、急性冠症候群の増加など) が予想され、急性期病棟だけの心臓リハビリテーションだけでは対応し切れないため、回復期リハビリ病棟での心臓リハビリテーション算定が可能となるよう要望する。		205点

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

取扱代理店 山福株式会社
TEL 083-922-2551
引受保険会社 損害保険ジャパン
日本興亜株式会社
山口支店法人支社
TEL 083-924-3005



損保ジャパン日本興亜