

外来の部 前半

講師 平野 誠

「同一建物居住者」大幅引き下げで 在宅医療に歯止めがかかる可能性



説明会で「外来の部・前半」を担当した、平野理事

今回の改定で在宅医療に特化した診療所には大きな痛みとなった。また、在宅医療に熱心に取り組む一般診療所や在宅療養支援診療所・支援病院においても「同一建物居住者」への在宅医療に歯止めがかかる可能性がある。在宅医療を推進してきた厚労省に疑問を投げかけざるを得ない。

まず、初・再診料は消費税増税に伴いそれぞれ十二点、三点引き上げられた。また、外来の機能分化推進という観点から「主治医機能評価」として地域包括診療料二〇点と地域包括診療料一五〇三点が新設された。高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち二つ以上の疾患を有する全年齢の患者を対象として、指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る相談、在宅医療の提供などを行うことが算定要件とされた。①二十四

時間対応(時間外対応加算1又は2の届出)がされていること、②常勤医師が三人以上在籍していること、③在宅療養支援診療所であること、のいずれか一つを満たせば地域包括診療料加算が、すべての条件を満たせば地域包括診療料の届出対象となった。厚労省は、地域包括ケア構想の中核的な役割を担う医療機関としてイメージしているようだが、そのハードルは高すぎる。

同一建物への訪問診療料が大幅に引き下げられた。同一建物居住者に対して診療した場合は、一人当たりの訪問診療料は概ね1/2に引き下げられた。また同一建物居住者への在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料の点数も概ね1/3から1/4にまで引き下げられた。現場の医師や高齢者施設などの反対を受けて、往診を実施

これによって居住系施設への在宅診療を控える医療機関が増えるとしたら一番困るのは患者である。

一方、患者紹介料を請求するあつせん業者等の問題については、保険医療機関が紹介料等の提供を禁じた患者、死亡日から遡って三〇日以内の患者は同一建物居住者の対象外とされたものの、在宅へという流れが進められてきた中、問題のある医療機関が皆無とはいわれないが、その適正化の方策として診療報酬でペナルティを課するのは筋が違う。

「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実に取り組み、医療提供体制の構築、地域包括ケアシステムの構築を図る」とされた今回の診療報酬改定は、なるほどと思う反面、病院マネジメントにとってかなり辛辣なものである。

急性期病院には「重症度医療・看護必要度」の見直しによる高度急性期の絞込み、七対一看護からの追い出し、さらに短期滞在手術等基本料の平均在院日数からの除外、九〇日超除外規定における平均在院日数組入れ又は療養病棟入院基本料での保険請求は、確かに医療機関の機能分化・強化

であるが辛い。また自宅等退院割合や在宅復帰率の設定により、患者さんは医療提供体制の「川上から川下」に流され、在宅医療に集められ溜まるのも、在宅医療の充実と地域包括ケアシステムの実現かも知れないが、亜急性期や療養病棟、老健や在宅の現場では頭が痛い。

今回の目玉と言われる「地域包括ケア病棟」は急性期・亜急性期機能を担い、回復期、慢性期の四つの病棟のデータを基に、将来の

入院の部

講師 藤井 久丈

地域医療を見据えた役割分化と連携の強化しかない



説明会で「外来の部・後半」を担当した、川瀬副会長

増税対応の一方で保険外しや減算の仕組みを導入
社会保障充実のための増税ではなかったか

税上乘せ分が目くらましになっていくが、それを差し引くと実質のマイナス改定となった。

今回新設されたものや点数が引き上げられたものは、届出を要するものか算定要件を追加されたものが多く、従来からの一般的な検査や技術は引き下げとなったものが多い。

例えば、検体検査の多くの点数が引き下げられ、包

括項目もほとんどが引き下げられた。検体採取の血液採取料が四ポイント引き上げられたものの、判断料は据え置きとなった。

画像診断では前回と同様にCTは六四列以上でなければ、点数は横ばいか引き下げであり、MRIもほぼ同様の改定が行われた。

うがい薬のみの投薬の保険外しは、前回改定のピタミン剤に次ぐもので、保険給付範囲の縮小が今後も進められるとしたら大きな問題である。

向精神薬の多剤投与について、処方料等の減算の仕組みが導入されたが、今後影響を見ていく必要がある。

また、医薬品納入価の妥結率が低い場合の減算規定は、医療とは直接関係がない商取引の問題が持ち込まれたものであり、大いに疑問である。後発医薬品の使用促進の要因の一つになることも考えられる。

手術では胃瘻造設が四〇〇〇点引き下げられ、一年の経過措置付きだが実施件数等を満たせない場合の減算が導入された。他の手術



説明会で「入院の部」を担当した、藤井理事

病床必要量等を示す地域医療ビジョンを県が策定することになる。数年後に厚労省が目指す統率された医療提供体制となるなら、もはや自分たちの思惑で個々の病院の病床転換などはありえない。地域で自分たちの病院が出来る機能分化と連携を考え、大小それぞれの病院やクリニック、介護施設などがお互いに協議し連携しあつて、地域医療・介護のあり方を厚労省に牽引されるのではなく、自ら率先して決めていかなければならないと今のうちに腹をくくらなければならぬ。

それが今回の診療報酬改定のメッセージである。

医科

今次改定をどう見るか 新点数説明会協会講師団に聞く

外来の部 後半

講師 川瀬 紀夫



説明会で「外来の部・後半」を担当した、川瀬副会長

手術では胃瘻造設が四〇〇〇点引き下げられ、一年の経過措置付きだが実施件数等を満たせない場合の減算が導入された。他の手術

期間なく、入院外は二年間

の期限付きで四月以降も算定可能となり、協会の要望が部分的だが通った形となった。しかし、介護保険リハ移行支援料(五〇〇点)が新設され、維持期リハを医療保険から介護保険に移行させる狙いがはつきり示され、脳血管疾患等リハ(廃用症候群の場合)も大幅に点数が引き下げられた。現在の高齢者医療においてリハビリティーションは、きわめて重要な医療行為であると考えるがいかがだろうか。

実質マイナス改定の中での配分は、多くの診療所や中小病院への影響が危惧される。また新たに七〇歳になる患者から窓口負担二割が導入される。「社会保障充実のための増税」というフレーズが確かあったが、聞き間違いであろうか。

地域包括ケアシステムに重要な病棟形態として新設された。高齢者の急性期入院ポスト・アキュートやサブ・アキュートの受け入れ、在宅医療や介護施設の後方支援は確かに大切だが、七対一DPC病棟からの転換は格落ちに思われ敬遠されがちであるし、療養病棟からはデータ提出要件などクリアすべきハードルが高い。アすべきハードルが高い。手術やリハビリが包括されるのも運用に頭を捻る。

今年度、病院単位のみならず病棟単位での病床機能報告制度が始まる。医療圏での高度急性期、急性期、回復期、慢性期の四つの病棟のデータを基に、将来の