

外来の部 前半

講師

24時間対応を前提とした加算 開業医の働き方に影響も



説明会で「外来の部・前半」を担当した、平野理事

初診料に機能強化加算の新設も不安がよぎる。

初診料に機能強化加算（80点）が新設された。オンライン診療料・オンライン医学管理料の新設改定の目玉の一つだ。地域包括診療料・加算や小児かかりつけ診療料を届け出ている医療機関、または在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料を届け出ている在宅療養支援診療所・病院が対象だ。富山県内では今のところ約90医療機関が対象となる。

今回、再診料の地域包括診療加算の施設基準を緩和して多くの医療機関をかかりつけ医に誘導し、かかりつけ機能を強化したいとの厚労省の意図が伺えるが、1人開業医には相変わらず「高嶺の花」だ。そもそも24時間対応を前提としたかかりつけ医機能の強化が現場に見合ったシステムなのか、開業医の働き方に

講師

用するくらいなら訪問診療した方が早い。

在宅・施設での看取りの推進

同一建物居住者に対する在宅患者訪問診療料の算定において、悪名高き「別紙様式14」が廃止になった。保団連、協会の要望がようやく叶った格好だ。

一方、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラ

イン」が策定され、在宅医療において「アドバンス・ケア・プランニング」(ACP)を踏まえて対応することとされた。さらなる高齢化が進む中、早い段階で患者の看取り指針を決定して、できるだけ無駄な救命医療をせず在宅で自然死を迎えられる体制を築くことを推進するものである。これに伴って在宅ターミナルケア加算が500点引き上げられたが、入院死を減らし、在宅及び施設での看取りをすすめたいとの表れだろう。

入院の部

講師

自院の立ち位置をどう捉えるか

今改定における最大のポイント

今改定における最大のポイントが、入院医療の抜本的な見直しである。

一般病棟は急性期一般・地域一般の2つに大別される。看護配置はそれぞれ1対1と15対1が基本となった。「重症度、医療・看護必要度(以下、「必要度」)は、全ての急性期入院料で要件に組み込まれ、割合は

講師

の改定のポイントは、療養1と療養2の入院料が混在できないことにある。

療養1のみ届出可能な

「在宅復帰機能強化加算」は、7対1や地域包括ケア病棟からの在宅復帰要件から外れたが、回転率アップと共に在宅復帰への取組みは高く評価され、点数は5倍の50点/日となった。初

期加算も2種類に区別され、在宅等からの入院が高評価される。認知症患者の増加による現場の負担も大きい。夜勤3名以上の配置とADL区分3の5割以上を要件とする夜間看護加算も新設された。

地域包括ケア病棟入院料は全国で約6・2万床と大幅に増加したが、創設当初の狙いであった機能の充実を図るため、在宅医療の実績要件が示され、初期加算

介護療養病棟の廃止は6年間延期されたが、その移行先として「住まい」として取り扱う「介護医療院」が創設された。

急性期一般病棟(旧7対1)での在宅復帰率の名称が「在宅復帰・病床機能連携率」となったことが示す通り、それぞれの病床機能に応じた改定になっていることが明白だ。自院で提供されている、又は提供して行きたい医療がこの評価体系のどこに位置しているのか、足元を見据えしっかりと考えなければならない。

今次改定をどう見るか 新点数説明会・検討会協会講師団に聞く

外来の部 後半

講師

川瀬 紀夫

影響の大きい抗不安薬、睡眠導入剤の長期処方減算



説明会で「外来の部・後半」を担当した、川瀬会長

外来点数の検査以降の引き上げられたものが多い部分については、点数が、主に高度医療に重点が

置かれており、一般診療所の立場から見ると、実質的には点数据え置きかマイナスというのが実感だ。

例えば、検体検査に関しては血液採取「静脈」の点数が今回も引き上げられたが、頻用される生化学的検査(1)の包括点数の引き下げと他の個別検査点数の引き下げで相殺される。前回の改定で、鼻腔・咽頭拭い液採取(5点)が新設されたが、今回インフルエンザウイルス抗原定性がマイナス4点となり点数の移動が行われただけとなった。

検体検査全体としてはマイナス改定と考える。

生体検査でも点数の引き上げや新設、算定制限の緩和等が行われたが、一般診療所に関わるものは少ないと思う。一方、認知機能検査において、長谷川式知能評価スケール等が追加されたことは評価したい。

投薬に関しては、処方箋料の一般名処方加算の点数が引き上げられたが、処方料において前回新設された外来後発品使用体制加算の「60%以上70%未満」の区分がなくなり、算定ハードルは引き上げられた。さらに向精神薬多剤投与の減算規定の追加とベンゾジアゼ

ピン受容体作動薬の長期継続処方減算規定が導入されないであろう。

要介護・要支援者の維持期リハビリテーションは、前回と同様に入院患者については算定期限がないが、入院外患者については来年3月末までの算定とされた。疾患別リハビリと介護保険の通所リハビリの同時実施時の要件緩和のほか、リハビリ総合計画評価料や計画提供料の改定も行われ、より早期に介護保険のリハビリへ移行を促す狙いが今回も見て取れる。

一方で、介護保険のリハビリを見ると、訪問リハビリの基本報酬は引き下げられ減算規定も新設された。



説明会で「入院の部」を担当した、丸川理事

も2分化して急性期からの転院・転棟よりも在宅・施設等からの受け入れが高く評価されている。

回復期リハビリ病棟入院料は前回改定で登場したアウトカム実績指数要件が強化され、入院料1では27から37以上まで引き上げられている。また、入院料1では、管理栄養士の関与も期待されている。

介護療養病棟の廃止は6年間延期されたが、その移行先として「住まい」として取り扱う「介護医療院」が創設された。