

医療タイムス

週刊医療界レポート 2015.12/21・28 合併号 No.2236

特集 医療経営ステップフォーラム in 東京

診療報酬改定とこれからの 病院経営戦略を探る



特別企画

介護は働きやすい仕事だと伝えよう
客観的な魅力PRで人材不足の解消へ

タイムスレポート

C型肝炎治療薬2剤が処方金額上位に急浮上
2013年以降の医薬品処方金額実態調査

Top News

診療報酬「本体」微増へ 政府
高齢者移住の法制化を 有識者会議

冬の時代の診療所経営

診療報酬改定に望むこと

診療報酬改定のニュースが流れる季節になった。今回、7対1の急性期病院と調剤薬局に厳しい内容になるという。一方、開業医に関することは、おそらく前回4分の1に減額された集合住宅における訪問診療の再評価になるのだろうか。せつかく診療報酬体系を改定するのであれば、以前から提案しているように思い切って簡素化を図ってほしい。少なくともこれ以上複雑になることだけは避けていただきたい。これが現場の本音ではないか。

地域包括ケアという国策を実現するための改定にしてほしい。しかし地域包括ケア診療料については一応登録はしたものの1度も算定することがなかった。患者目線からすれば算定しにくい点数であろう。多剤投与に関しても開業医にいくらペナルティを課しても解決には至らないだろう。病院から10種類もの投薬が書かれた紹介状を持ってこられることは日常だから。当然、患者への啓発も急務だ。また医療機関に有利な改定は、患者側から見れば当然不利な内容となる。目先の損得勘定ではなく公平感のある改定にしてほしい。

介護保険との同時改定を待てない、待つ余裕がない項目もある。それは10年前から指摘し続けている訪問看護の診療報酬体系である。訪問看護は、依然として医療保険と介護保険の狭間に落ちたままに放置されている。いくら在宅推進という旗を掲げても、ケアマネジャーが介護保険下の訪問看護を入れさせない歪んだ事態が一部とはいえ続いている。特別指示書に逃げればいいではないか、と必ず言われるがそんな問題ではない。全ての訪問看護を医療保険下に戻していただかないと、そして医療保険下のみなし訪問看護を活用しないと地域包括ケアの推進は望めないと思うのは私だけか。2000年以前ののどかな時代の訪問看護を思い出してほしい。股裂きにされたままの訪問看護制度こそが、医療と介護の連携の最大の阻害因子になっている。



医療法人社団裕和会理事長
長尾クリニック(尼崎市)院長 **長尾 和宏**

1958年香川県生まれ。東京医科大学卒業、医学博士、日本慢性期医療協会理事、日本尊厳死協会副理事長、関西国際大学客員教授、東京医科大学客員教授、近著「平穏死・10の条件」「胃ろうという選択、しない選択」「平穏死という親孝行」など。
クリニックHP <http://www.nagaoclinic.or.jp>
長尾和宏オフィシャルサイト <http://www.drnagao.com/index.html>

それに手をつけるのも来春の改定ではないか。つまり厚労省内部の連携に期待したい。病院や地域医療においても診療科を超えた連携、チーム医療や多職種連携が進んでいる。それを統括している厚労省内部の連携にも期待したい。それがないと先に掲げたような議論は前に進まないと感じる。

総合医やかかりつけ医や在宅医療の掛け声はいいが、皮肉なことに制度自体が足かせになっている。在宅医の24時間対応についても一馬力には負担が大きすぎる。どうして地域の慢性期医療病院との連携強化がもっと前面に出ないのか不思議でならない。大病院や急性期病院が慢性期医療の受け皿になり、慢性期病院がそこに入れない重症患者の受け皿になっているという現実を直視すべではないか。

今後、認知症の患者が増加するがそれに対応できない事例が続出するだろう。認知症はいくつかの合併症を有していることが多く、病院にも診療所にも真の意味での総合診療力が求められる。認知症を介護だけに押しつけても決して解決にはならない。介護の土台には、いつも医療が必要だ。

以前から繰り返しお願い申し上げている診療報酬規則の簡素化を願う。対症療法的な施策ではなく、そろそろ根治療法的な解決策を期待している。以上、町医者視点から勝手な要望ばかり並べてみた。現場も行政も政策も「統合」という理念を共有しないと2025年を乗り越えられない気がする。