

医療タイムス

週刊医療界レポート

2014.3/31 No.2152

特集

医療とビッグデータ その可能性を探る



タイムスインタビュー

コールセンターによるテストで
軽度認知障害の早期発見が可能に

ティーベック株式会社
代表取締役社長

砂原健市氏

タイムスレポート

細野クリニック
骨格治療と栄養療法で
オプティマスヘルスの実現を目指す

Top News

DPCII群病院は99病院に 機能評価係数IIの最高はII群では済生会熊本病院
常に「在宅」の方向に向かうよう病床などを機能分化 宇都宮医療課長が改定の概要を講演

冬の時代の診療所経営

診療報酬改定に思う

先日、診療報酬改定の説明会に出席しました。いつもながらの何ともいえない重い雰囲気の中、淡々と説明が続きました。開業医にとって目玉といえば「地域包括診療料」なのでしょうか。これを発案された方の気持ちは分からないでもありませんが、不思議だらけです。いくつかの条件がつけられていますが、「常勤医3名以上」で、まずほとんどの診療所は該当しません。次に「院内処方」とあるので2度驚きます。もし仮に常勤医が3人もいるならば、それ相応の患者数があり、多くは院外処方ではないでしょうか。さらに糖尿病、高脂血症、高血圧、認知症のうち2つ以上を有する患者さんを診たとき、とのことですが正直、認知症がよく分かりません。どのレベルで診断するのでしょうか。専門医のお墨付きが必要なのでしょうか。ある程度の年齢になれば、認知症はあるかないかではなく、程度の問題のはず。それをあるなしと一方的に烙印を押して加算を取るという発想には抵抗があります。もっともこの点数には「包括」と「加算」があるようで、届け出をした上に選択制で算定するようです。全国でどれだけの診療所がこの点数を選択するのか興味があります。もし選択する診療所が極端に少なければ、まさに画餅の政策となります。

私が一番興味を持つのは、こうした新点数が一体どのような経緯で国策となるのか、その過程です。どれだけの内部チェック、そして現場を知る有識者のチェックを受けて世に公表されているのか、その過程を知りたいのです。もしかしたら医師会なり現場のヒアリングを受けていないので、このような点数がいきなり登場するのではないのでしょうか。

高齢者住宅への在宅医療の点数が、おそらく在宅患者紹介ビジネスの影響で、いきなり4分の1になり大騒ぎになりました。一部の不届き者のとぼっちりを、



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、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>

善良な在宅医が受けるのはあまりにも理不尽です。懲罰は不届き者が受けるべきで、連帯責任的な点数改正はどう考えても感情的だと思います。もっとも不届き者に対して自浄作用を発揮できなかった医師会や在宅医療界にも、反省が残るとは思います。まるで抜け穴を埋めるような修正案も示されていることに驚きました。訪問日を変えるなどの工夫をすれば点数が変わる？しかしそこまでするならそもそもなぜ、4分の1にしたのかという疑問が残りました。これもどこまで事前検討されてから公表に至ったのでしょうか。正直、よく分からない点数ばかりでした。

いろいろ説明を聞きましたが、開業医にとって大きな変化は少ないようで、病院さんが大変だなあという印象を持ちました。どんどん在宅復帰を目指すのはいいとして、肝心の国民がそうした政策誘導を理解しているのか甚だ疑問です。正確にいうと、とっても不安です。今後、望まざる在宅や在宅難民の増加が予想されます。もはや2000年以前ののどかな在宅風景は遠き「思ひ出」となり果てました。2000年以前は、極めてシンプルであった在宅点数が、改正のたびに複雑怪奇なものに変容し、とてもついていけないと嘆く開業医も多くおられます。新しい政策自体が目指す政策の足かせにならぬよう、次回の改定では十分に練られた、そして国民の納得の得られる改定にしてほしいと今から願います。