

「機能強化型在支診」の新設は 地域連携促進に向けたメッセージ



長尾和宏 長尾クリニック院長

ながお かずひろ ● 1984年東京医大卒。95年、兵庫県尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。本誌にて、様々な医療問題に現場目線で切り込むコラム「町医者で行こう!!」を好評連載中。

今改定の在宅分野での特徴は、①入院医療から在宅医療へ（在宅看取りを重視）、②医療保険から介護保険へ（維持期リハビリの介護保険への移行促進）—の2点に集約されるだろう。本稿では新設された「機能強化型・在宅療養支援診療所（在支診）」を中心に、改定の評価と今後の課題について述べたい。

「機能強化型」在支診の新設と 疑義解釈

2006年に誕生した「在支診」には手厚い診療報酬誘導がかかり、1万2500カ所の診療所が登録した。しかし、年間1人以上看取る在支診は半数にとどまっているのが現状だ。

背景には、1人体制の開業医が24時間カバーするのは難しいとの問題がある。そのため今回、①常勤医が3人以上、②過去1年間の看取りが2件以上、③往診が年間5件以上—の要件を満たす在支診を「機能強化型」と定義し、従来型より高い点数配分が行われた。

しかし3人の常勤医がいる「単独型」の強化型在支診は全国的にみてもごくわずかで、大半は3つの診療所が連携する「連携型」としての登録を模索し始めたところだろう。

強化型の定義を巡っては「常勤医の定義」「患者からの緊急連絡先の一元化」「連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンス」などに関する疑義解釈が注目されている。

緊急連絡先の一元化に関しては、「24時間

連絡が取れる連絡先として患家に提供した電話番号等は在宅支援連携体制を構築する各保険医療機関と24時間直接連絡が取れる必要があるが、その他の連絡手段に制限を求めるものではない」とされているので、ある程度の裁量が認められている。

「連携型」にはいくつかのパターンが想定されている。連携する医療機関は10軒未満。A、B、Cの診療所が連携するとして、AはA、D、Eの連携群に加わってもいいという。またAが有床診療所や200床未満の病院であってもいい。今後、地域の実情に応じた、様々な連携の在り方が模索されるだろう。

特養の看取り加算が、がん以外でも可能に

今後、病院でも在宅でもない第三の看取りの場ともいわれる「施設での看取り」が重要視されている。これまでは特養入居者への外部からの在宅医療は末期がんに限られていた。しかし今回、末期がん以外でも在支診または協力医療機関の医師が特養で看取った場合は、死亡日からさかのぼって30日以内は訪問診療の算定が可能となった。

しかし、前月までさかのぼって申請するためにはレセプトを取り下げて再提出する必要がある。また最後に入院して病院で看取った場合は逆に算定できないなどの不合理が指摘され、改善の余地がある。

在宅看取りの評価については「ターミナルケア加算」の算定要件が緩和され、「看取り加算」とに分割された。従来型在支診が大幅マイナスとなる一方で、在支診以外の医療機関も含めて「看取り加算」には3000点がついた。

訪問診療では「同一建物居住者」が「特定施設等入居者」と「それ以外」に区分された。これも「特定施設入居者」かどうかの判別が非常に困難な場合があり、改善の余地がある。

一方、在宅医療の主役である訪問看護がさらに評価されたことは追い風となるだろう。

一物二価にならない工夫を

今回の改定で、在宅医療を提供する診療所としては①強化型在支診、②従来型在支診、③その他（在支診以外）一の3類型が存在することになった。そこに在宅療養支援病院（在支病）も訪問診療に乗り出し、都市部ではすでに一部競合が始まっている。

患者の視点からは、これらは一体どう映るのだろうか？ 同じような診療・看取りを受けても、診療報酬は類型によって最大2倍もの差が出る。医師が喜ばば患者が泣く。診療報酬増大はとりもなおさず患者負担の増大であり、3割負担の患者には大きな負担増だ。

今回、在宅看取り数は在支診以外の診療所の方が多いという現実を十分に議論しないまま強化型が新設された。一方、昔ながらの開業医の中には患者負担の増大を懸念し、あえて在支診の看板を掲げずに看取りを行う方もいる。今回の改定では、こうした“普通”の開業医の評価は不十分であり、モチベーションの低下が懸念されている。

自己負担が高くなると在宅医療を控える患者も出るだろう。何より在宅医療が一物二価にならないかという懸念も大いにある。

超高齢化社会を前に、もはや規則の細かな点は地方の裁量に任せるといことなのだろうが、在宅促進政策がかえって在宅医療の足

を引っ張る結果にならぬよう、制度面でもうひと工夫必要であることは強調しておきたい。

2014年改定に向けた課題

強化型の新設やその定義を巡っては批判と期待が交錯しており、今後の疑義解釈を待ちたい。しかし制度が始まった以上は、本政策の背景を汲むほうが現実的な対応ではないか。

「病院から地域へ」の時代における最後の切り札としての在宅誘導政策で、国土交通省の住宅整備とも密接にリンクしている。「もう十分な点数をつけたから、あとは各地域で工夫して、多職種連携で超高齢化社会を上手く乗り切ってくださいね」というメッセージに思える。今後、連携型・強化型を議論するための勉強会が各地で開催されるであろう。そうした地域連携促進こそが、本政策の最大の狙いでもあると解釈したい。

こうした連携マインドは介護との連携にも繋がる。各医療機関が積極的に「連携型」へ参画することは「地域包括ケア」の観点からも大変望ましい。情報共有サービスであるサイボウズLiveやクラウドを介した診療情報をタブレット型端末で共有する例が知られているが、今回の連携型政策には「ITを用いた地域連携」を促進する効果も期待される。

強化型在支診には今後、公益性を高める目標設定や、地域での緩和ケア・認知症ケアの普及、研修医の教育施設としての責務を課すべきだと考える。国民皆保険制度を維持しながら2025年問題を乗り切るにはこの方法以外に道がない。近い将来、在宅医療が我が国の医療の大きな柱になることは必至で、「在宅診療科」の新設が待たれる。レセプト審査もそのカテゴリの中で行われるべきだろう。

今後、在宅療養支援連絡会や各地に設立されるであろう「在宅医会」が中心になり、2014年改定に向けた議論を早急を開始すべきだ。各地での熱い議論に大いに期待したい。