

# 週刊 日本医事新報

JAPAN MEDICAL JOURNAL

No. 4688  
2014/3/1

## 特集

## 臨床医学の展望 2014

腎臓病学 肝臓病学 肝胆脾外科学

## 巻頭カラー

- 【キーフレーズで読み解く 外来診断学⑦】  
難聴と歩行障害を主訴に受診した69歳女性

## プライマリケア・マスターコース

- 成功率UPを目指せ! 禁煙支援のコツ  
—禁煙治療の実際
- Dr.徳田のフィジカル診断講座  
—反射の診断

## 質疑応答

- QFT法とT-スポット法のメリット・デメリット
- Helicobacter cinaedi*の感染源と抗菌薬投与期間
- 冠動脈CT血管造影法におけるnapkin-ring signの病態と急性冠症候群発症の危険性
- ロタウイルスワクチン服用患者嘔吐時の対応法
- アルコール多飲で低血糖とケトアシドーシスが起こる機序
- ピロリ菌の栄養源と効果的な除菌年齢
- 統一論・宇宙論から見たヒッグス粒子発見の意味





尼崎発

長尾和宏の  
町医者で行こう!!

連載  
第36回

## 診療報酬改定と 地域包括ケアシステム

### 病院完結型から地域完結型へ

今春の診療報酬改定の概要を、一町医者の立場から鳥瞰してみたい。超高齢社会や2025年問題に対応するために、病院完結型から地域完結型への転換を促す強烈なメッセージが盛り込まれていると感じた。ただ充分に練り込めていない部分もあり混迷が予想されるので、医療界で早急に議論を重ねて、相当工夫した疑義解釈が出ることを期待する。

消費税への対応としては、初診料12点増、再診料3点増と各々アップする。しかし消費税は本来、事業者ではなく最終消費者が負担をするもの。医療は社会保障であり「商品」ではない。消費税政策の誤りが事業者の医療機関の負担に転嫁されるという根本的矛盾は依然解決されていない。

病院の外来を専門外来に特化し、一般外来を診療所へ移行させるため、大学病院や大病院(500床以上)の初診料・外来診療料算定では患者の「紹介率・逆紹介率」のハードルを極端に上げた。紹介率は外来患者数を分母に取るため、一般患者の整理と、治療連携のための診療所の大病院への登録関係が強化されることになろう。7対1要件の厳格化と13対1地域包括ケア支援病棟の新設、在宅復帰の促進という方向性も時代の必然だろう。在宅復帰率7割が指標とされるなど、地域包括ケアシステム推進のための改定であると思う。

### 主治医機能の評価としての診療料／加算

主治医機能の評価としては、地域包括診療料／加算という新カテゴリーが登場した。まず出来高点数として「地域包括診療加算」が20点である。算定要件は、(1) 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち「複数を診る」、(2) 関係団体主催の研修を修了した担当医の専任、(3) 計画的な医学管理、(4) 患者の受診医療機関すべての把握と服薬管理、(5) 自院検査と院内処方、(6) 健康管理・健診勧奨、(7) 主治医意見書ほか介護サービス提供—などである。研修要件は2015年4月適用で、その間は暫定運用となる。

この点数は院内処方が原則とのことだが、時代に逆行してはいないか。院外処方の場合は「24時間対応の薬局」との連携が要件となるが、大手薬局チェーンでないと無理ではないのか。また、この加算を算定できる診療所は24時間対応の「時間外対応加算1」または夜間対応の「同加算2」を算定する必要がある。加算を算定している診療所は1が9197カ所、2が1万5555カ所(2012年)と対象は限られている。ちなみに、診療所は全国10万、うち内科系は6万、うち在宅療養支援診療所(在支診)は1万3000施設である。

一方、包括点数としては「地域包括診療料」1,503点が新設された、24時間在宅医療に応じる在支診の中でも医師が3人在籍する「強化

型」が対象であり、全国に359施設しかないため算定する診療所は僅かであろう。もし「常勤医3名」の縛りを、強化型在宅療養支援診療所における「3医療機関での協働」でも可能であるという解釈になれば、外来・在宅を問わないシームレスな地域連携体制が構築される可能性を秘めている。24時間体制の地域医療を目指すためにはもうひと工夫必要だ。

相當にある地域格差をどう担保するのかや、包括制ならではの課題も残る。以前の後期高齢者の包括点数の時、窓口負担が高くなるので算定しなかった記憶が蘇る。今回の包括提案は再挑戦なのだろうが、こうした提案に込められたメッセージはしっかりと読みとっておきたい。すなわち地域包括診療料とは、文字どおり地域包括ケアシステムと呼応させる試みであると見る。「外来と在宅」「24時間対応」「複数医師」の3つが今後の診療所経営のキーワードになると予想している。

### 施設系在宅4分の1の衝撃

一方、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）などの施設系在宅の診療報酬は、条件次第でなんと4分の1にまで下げられた。前述の地域包括診療料より低い点数になっている。在宅は外来より高点数であるという常識は、施設においては崩れたと言っていい。もっぱら施設系在宅を専門に取り組んでいる診療所にはまさに大打撃だ。昨年夏に報道されたサ高住における在宅患者紹介ビジネスに関与している在宅医への懲罰的な意味合いもあるのだろうが、「一生懸命に施設在宅に取り組んできたのに梯子を外された」という嘆きは当然だ。撤退が続出するであろう。

キックバック禁止も明文化され、いわゆる「遠くから来る在宅専門クリニック」は今改定で一掃される可能性が高い。しかし、“悪貨”が“良貨”を駆逐しては本末転倒である。長い目で見れば、サ高住の医療はおそらく近隣

の開業医が外来ないし訪問診療で受けることになるだろう。サ高住の一番近くにある診療所にとっては外来とそう変わらない施設系在宅報酬は、それほど悪いものではないという見方も出ている。地縁という解釈で公平性も確保できる。24時間対応という縛りがつくが、地域包括診療加算と連続したものと解釈できないものか。地域の施設を近くの診療所が診ることは極めて自然なことであり、地域医療の原点であるはずだ。地域包括ケアシステムという思想からみれば、一見ドラスティックな改定も疑義解釈次第では極めて自然な流れに還元される可能性がある。

### 地域包括ケアシステムは進展するのか？

今回の改定は、地域包括ケアシステムを推進して、地域に根づかせるための改定に見える。「かかりつけ医」や「主治医」「地域」がキーワードで、外来と在宅がシームレスになる。とはいえ、我々はこれまで診療報酬改定のたびに振り回されてきた。今回の改定も果たして国民のためになるのか？ 改定のたびに複雑化するのでややこしくてついていけない、と感じるのは私だけではないだろう。

日本医師会や在宅療養支援診療所連絡会は今回のメッセージをどう受け止めるのだろうか。かかりつけ医や在宅医療の推進を明確に打ち出した日本医師会である。しかし在宅患者紹介ビジネスに自浄作用を発揮できなかつた事実は大いに反省し、今後に活かすべきだ。

改定を良いものにしていくため、早急な議論が必要だ。「仏作って魂入れず」にならないように、地域の実情に応じた細かな取り合せが急がれる。地域の各医療機関が“普通に”行えるシステムでないと、地域の患者は幸せになれない。

ながお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、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。近著に『ばあちゃん、介護施設を間違えたらもっとボケるで！（ブックマン）など