

2016年度診療報酬改定 (特に在宅医療)について 考える

医療法人緑星会どうたれ内科診療所院長／千葉大学医学部臨床教授
堂垂 伸治

1 はじめに

今年も診療報酬改定が行われた。私も1開業医であるので無縁ではない。ただ毎回その内容には余り関心が無い。というのは、この種のものに対する私のスタンスが、一貫して「一喜一憂しない。ただ自ら信ずる医療を実践するだけ」だからである。

その理由は、大きく三つある。

一つは、多少の点数誘導によって現場を振り回す“官僚統制”に従いたくないからである。「お上」は基本的に現場の実態を把握できていない。これに唯々諾々と従っていると、必ず「2階に上げてはしごをはずされ」手痛い思いをする。これはこれまでの厚生行政の常だった。点数誘導で風見鶏のように右往左往する「節操なき医療関係者」をみて、多分「お

上」はあざ笑っているだろう。

二つ目は、良質な医療を提供していれば、患者さんは自ずと応えてくれる。患者さんには有益で、かつ医師としての充実感を味わえる。私自身、点数を意識して医療を行うほど余裕はないし計算も苦手である。眼前の患者さんに最善の医療を提供することに努めている方がずっと楽である。

今回、本誌に意見を書く機会を得て点数表とにらめっこした。理系大学を二つ卒業した私だが、「ちっともわからない。これは伏魔殿だ」というのが正直な感想である。診療報酬は今や基本的に「場合分け・組み合わせ・足し算の世界」であり、当院の有能な事務員も報酬改定の度にいつも音をあげている。

三つ目は、診療報酬が誘導した方向に従って変更すると必然的に患者さんの負

担金が増える。これも本意ではない。患者さんの多くは少ない年金で暮らしている。私はいつも患者さんの薬剤負担も考慮し、なるべく安価な薬で最善の効果を上げるよう努力している。病院からの紹介で高価な薬が出されてくるといつも困惑している。

以上を前提として、今回の診療報酬改定に関して記載する。点数の細かな評価に関しては、いわゆるコンサルタントなどが分析しており重複するので、ここでは余り言及しない。

2 紹介状なしの大病院初診に5000円以上かかる

これまでの保険診療の基本は、患者さんが「全国どこでも診察を受ければ疾患に応じ同一の支払いで済む」というものだった。しかしいつの頃からか、同じ医療行為でも受診する医療機関によって支払い額が異なる時代になった。

今回の改定では「500床以上の大病院」（全国約240カ所）を紹介状なしに初診で受診すると「5000円以上の追加負担」が必要になった（p 67^[1]）。これでは患者さんが大病院を直接受診しづらくなる。「大病院は重症中心」、「かかりつけ機能を重視するため」という。

これを翻訳すると、第一線の開業医がいきなり来た初診患者さんが重症かどうか、病院に紹介しないといけないかどうかという診断・判断を（即座に）下さないといけないということになる。実際の

ところ、開業医でこの診断能力を身につけている医師がどれほどいるだろうか。日常診療ではかかりつけ患者さんの高齢化・重症化・多重疾患化が進み、現在でも対応困難な患者さんが多い。その上、初診患者さんで病院への紹介選択の「義務」が加わると、現場に大きなストレスを与える。現実には専門外来を売りにしている開業医も多い。救急医療を殆ど経験しないまま開業されている方もいる。それらの方々がこの責務を果たせるだろうか。

これには例外があり「救急その他やむを得ない事情がある場合」には追加負担はかからないという。ということは、救急車の利用がますます増加し、救急隊や救急医療現場が一層疲弊するのではないか。

実際のところ、大学病院規模の病院以外の地域中核病院では、周辺に歩調を揃えてこの制度を採用しない所も多数出てくるのではないだろうか。

3 在宅医療は「看取り」に純化してきている

今回の改定で「在宅医療専門診療所」（p 52）が新設された。これは、2025年問題・高齢者多死時代を迎え「行き場を失いかねない患者さん」への苦肉の対応策に思える。

2006年ごろ、「行き場のない死亡者が30年には47万人にのぼる。病院医療から在宅医療へのパラダイムシフトが

必要」と盛んに宣伝された。その後10年近くの実態はどうか。

実は、この間増加している死亡者の「死亡場所」は、多くは病院と施設が吸収し、在宅死の伸びはわずかだった。在宅療養支援診療所が全国で1万4千か所以上できたが、実際には「看取りを行っていない在支診」が多数あり、“在宅死の率”は横ばいだった。10年に「在宅ターミナル加算」で看取りの診療報酬を大幅に上げた。この誘導に応じて「在宅専門クリニック」が一定参入したが、実は在宅死の率は思ったほど上がらなかった。

逆に在支診制度が「24時間対応」を強調したことで、一般かかりつけ医が在宅医療から手を引いた。笛吹けど踊らず、踊ったのは営利目的の在宅専門クリニックだけだった。要するに、在宅医療は在支診を中心とした医療機関に委ねられ、そのすそ野は狭まったのである^[2]。

現場では、既存の（第2世代）在宅医の高齢化が進んでいる。「在支診制度に踊らない良質な医師」の撤退が目立っている。他方、卒後数年で在宅医療を専門に行う「若手医師」が登場し、在宅医の質の変化が起きている。医師というより、まるで経営者のような医師が目立っている。

今回も「在宅医療における看取り実績に関する評価の充実」（p 55-56）が唱えられ、「切り札」として「在宅医療専門診療所」の登場である。しかし、この開設要件を見ると「これをクリアする所

はどこを想定しているのだろう。一体こんな診療所が生まれるのだろうか」と疑問を感じる。

4 「同一労働、同一賃金」がいつのまにか崩れている

同じ医療行為を行っても、かかった医療機関によって格差が生じる体系は在宅医療の分野でも起きている。

①「かかりつけ医や主治医機能を評価する」という考えに基づき、地域包括診療料等による主治医機能の評価について、その施設基準を緩和し普及を促すという。

こうした資格を得ただけで、実態や成果が伴わなくても診療報酬に差が出るというのはいかがなものだろう。支払った金額に見合わない医療が蔓延することになる。当然患者さんの負担金も跳ね上がる。

「主治医機能の評価」として、地域包括診療料の届出を行っていれば「認知症地域包括診療料」1,515点（月1回）（p 35-37）が新設された。しかし、この施設基準も極めて厳しいものである。認知症の特徴として、切り札的な治療や「ゴッドハンド」は存在しない。良心的な医療機関はわざわざこの高額な点数を申請しないだろう。

②今回の改定では、在宅医療の対象者を「重症度・居住場所に応じた評価」が為され（p 48-51）、細かな点数設定が行われた。

14年度改定では、「同一日・同一建物」の複数患者への訪問診療の点数が大幅に引き下げられた。これは施設や悪徳ブローカーと結託した一部在宅医の荒稼ぎが原因だった。前回この改定には現場から大きな反対が出た。

今回「同一建物居住者」で人数に応じて分類評価した。これまで訪問の日にちを変えて「何とかしのいでいた」ものが、「建物ごとの訪問対象者数」で厳格に区分けされることになった。一見合理的のようだが、結果は、「大幅に下がる」ことが確実である。2で記したように施設での看取りは確実に増えており良心的な医師も多数いる。これでは施設を担当する在宅医がたくさん撤退しかねないのではないか。

③今回の改定で、在支診では「月1回だけの訪問診療」に管理料が新設された(p49)。「月1回訪問診療」が評価されたのである。通院不可能な患者さんで月1回だけの訪問診療で管理可能な方は結構存在する。「月1回の訪問」でも在宅医は結局24時間対応を行ってきた。したがってこの変更は妥当といえよう。

中医協は「医学的に必要と考えられる訪問回数は月1回にもかかわらず、月に2回以上訪問診療を受けている患者が17%存在した」^[3]という認識を示していた。これまでこうした方に「月2回の訪問診療」を勧めてきた在支診も多数あると思われる。それは患者さんや保険財政に負担であったし、医療資源の無

駄遣いであった。この評価を機に「かかりつけ医」が外来通院困難になった患者さんに訪問診療に乗り出し、月1回の管理が拡大することを期待したい。

5 在宅医療も「曲がり角」?

当院は「一人診療所」であるが、外来診療以外に患者さんの病態に応じて訪問診療を行っている。常時50人前後の在宅患者さんがいて、中には、施設入所の患者さんもいる。また3割近くが月1回の訪問診療である。逆紹介の末期がんの患者さんもあり、毎年10人前後の患者さんの看取りを行っている。在宅医療では外来診療とはまた異なった感動的な出会いや別れを経験させて頂いている。

当院は「一般型在支診（実績あり＝このような区分けがあるとは今回の執筆で初めて知った）」だが、今回の診療報酬改定の前後で試算したところ、やはり減少するようである。

今回の診療報酬改定は、これまで流れができていた「在宅医療の機運」に水を差す事になるのではないか。それはひいては団塊世代で「看取り難民」を多数作り出すことになるだろう。

最後に、今後の診療報酬改定への要望点をいくつか列挙しておきたい。

①特定疾患療養管理料のアップ……現場では、多重疾患・重症疾患の管理や認知症など「亡くなるまでのすべて」につき添っている。ひと昔前なら病院が管理していた患者さんが開業医に通院してい

る。この管理の困難さを日々痛感している。特にこの管理料の対象疾患に認知症が入っていないのは現場の実情にそぐわない。

②超高齢者への超高度医療や超高価薬剤の制限・・・これらは現状では際限なく行われている。数人への医療費だけで1件の保育所が建てられるとさえ言える。これをそのまま放置すれば遠からず保険財政は破綻する。医療人自身が自分で自分の首を絞め、タコが自分の足を食べているようなものである。これにレセプトチェックでの対処だけでは制御不可能であろう。何らかの抜本的な対策を国民合意の上で形成する必要がある。現役世代である健保組合や国保組合自身がブレーキをかけないといけないのではないかとさえ私は感じている。ここに手をつけないと、私たちがささやかな節約や献身的な努力を行っても徒労に終わりそう

である。

(どうたれ・しんじ)

〈注釈〉

- [1] 本文で (p) 内の数値は下記 P D F のページ数に対応する。厚労省 >> 平成 28 年度診療報酬改定について >> 平成 28 年度診療報酬改定資料 (医 科) <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115977.pdf>
- [2] 松戸市医師会では、「かかりつけ医」が在宅医療に無理なく参入出来るように多彩な試みを行ってきた。ここ 2 年間、在宅ケア委員会の委員 20 人余が分担して毎月「在宅医療の手引き」(A 4 版 2 ページ) を執筆し、全医師会員に配布してきた。今回これをまとめ 60 ページ余りの小冊子にした。ご希望の方は松戸市医師会までどうぞご連絡ください。
- [3] 厚労省 >> 中医協 15.11.11 > 在宅医療 (その 4) について <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115977.pdf> の p 20 より