

病床削減、「地域包括ケア」で安上がりな医療提供体制 構築を進めるマイナス改定

2016 年 2 月 10 日
全国保険医団体連合会
副会長 武村 義人

1. 全体マイナス、医療改善にはほど遠い本体増

今次改定は、本体を 0.49%引き上げる一方、薬価・材料を 1.33%引き下げる。別途の薬価再算定の 0.19% (通常) と 0.28% (特例) の引き下げを含めると、全体で 1.31% のマイナス改定となる。更に、後発品・入院食等 6 項目で引き下げ等がされる。本体部分は 0.49%増だが、小泉構造改革で深刻化した「医療崩壊」からの再建も十分に進んでいない中、医療現場の環境改善には程遠い引き上げ幅といわざるをえない。

今次改定は、2018年の同時改定も見据えて、前回改定に続き「地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携」に重点を絞り具体化されている。がん、難病、救急、小児・周産期等で部分的に改善されるが、総じて、入院を「重症者」等に絞り、在宅・外来・薬局での常時対応等の「かかりつけ評価」などを軸に、安上がりの医療・介護提供体制をつくるものである。医療現場の疲弊、入院難民の増加など「医療崩壊」が再燃しかねない。

改定内容の詳細な分析と評価は、正式な告示・通知等を踏まえて改めて行うが、現時点での主要な特徴と問題点を指摘する。

2. 依然ハードルの高いかかりつけ、不十分なプライマリケア評価

外来では、▽大病院で紹介状が無い受診等での定額負担が義務化される。かかりつけ機能は医師と患者間の信頼醸成の中で築かれるものであり、受診抑制を利用した外来誘導は疑問である。

かかりつけ評価として、地域包括診療料・加算で▽常勤医師の配置基準の緩和、▽認知症患者の算定範囲拡大がされる。ただし、投薬数が制限されるため、認知症患者の状態に応じた治療に支障が出る場合も想定される。▽小児 (最長、就学前まで) の 1 医療機関での常時対応等を評価する「小児かかりつけ診療料」が新設されるが、小児科医には過酷な負担である。▽湿布薬の処方枚数制限、用量等の処方箋等記載、▽分割調剤拡大など、診療所のプライマリケア機能の発揮に支障が出かねない。

後発品について、▽外来での後発品使用体制の加算導入、▽一般名処方加算の評価充実がされる一方、▽後発品の銘柄指定 (変更不可) 時は処方せんでの理由記載が求められる。医師の処方権に踏み込む促進策は問題である。多剤投与管理として、▽退院・外来時での減薬実績が評価される (「薬剤総合評価調整加算」の新設等)。減薬数に現れないきめ細やかな取組みへの評価も望まれる。

かかりつけ、投薬調整・後発品使用等を円滑に進めていく上で、医療現場への配慮、経営安定に寄与する施策・評価が必要である。

3. 在宅に重症度評価、算定区分が更に複雑化

▽在医総管等に「患者の疾患・状態に応じた評価」が導入され、重症患者（難病、がん、HIV等の疾患。IVH、人工呼吸、気管切開等の処置）がより評価される。在宅医療に特化した医療機関でないと対応が困難な上、重症患者以外は評価引き下げともなれば、却って在宅医療の質・量の低下を招きかねない。

①患者の居住場所、②支援診等の区別に、③重症度等、④訪問人数、⑤在宅専門の有無等が追加される。①～⑤の組み合わせに応じて最大200通り以上の算定区分も想定されうる。複雑な算定区分が更に煩雑化し、事務負担増が懸念される。

在宅専門の医療機関の開設要件等が定められるが、在宅医療提供体制への影響について丁寧な検証が求められる。▽病院・診療所からの訪問看護の増点、▽休日往診の評価など改善がされる。

4. 「重症」以外は入院締め出し、看護師不足の深刻化懸念

入院では、急性期において、▽7対1入院基本料の要件厳格化（救急・手術・認知症項目を「重症度、医療・看護必要度」に追加等、基準該当患者割合を15%から25%に大幅引上げ等）、▽10対1入院基本料でデータ提出加算の要件化（中小病院は除く）、▽短期滞在手術等基本料3の対象拡大など更なる病床削減が図られる。

慢性期でも、▽医療区分2・3の項目内容の厳格化、▽療養病棟入院基本料2での医療区分2又は3の患者割合導入、▽在宅復帰機能強化加算の評価変更（急性期病棟等から受入れた患者の退院を評価）、▽障害者施設等入院基本料等での脳卒中患者（医療区分3は除く）の報酬削減など患者締め出しが示されている。

指定難病への評価拡大など含め、患者の重症度合いが上がる中、▽看護職員の夜勤規制が更に緩和される。看護労働環境が一層過酷となり、医療安全低下や看護師不足の深刻化などが危惧される。

有床診では、▽新設の「有床診療所在宅復帰機能強化加算」等を算定する場合、在宅復帰率の計算対象に認められる。経営環境改善が期待される一方、長期療養の病床減少などが懸念される。▽入院中の他医療機関受診時の減算幅が緩和される。

5. 維持期リハは2年延長、引き続き介護保険移行促進

リハビリテーションでは、要介護被保険者等について、▽維持期での医療保険算定は18年3月まで延長されるものの、▽評価が大幅に下げられた上、▽標準算定日数の早期より介護保険移行等に取り組まない場合は更に減算されるなど、一層の介護保険移行が進められる。患者の病態に応じたきめ細かな対応をするためにも、維持期の介護保険移行は問題である。

回復期リハビリテーション病棟に、▽「アウトカム評価」（成功報酬）が導入される。基準がクリアできない場合、疾患別リハ料（1日に6単位を超えて提供）は入院料に包括となる。▽包括される単位数は、リハ充実加算等の施設基準上で用いる単位数に含めないとされ、事実上、充実加算等も算定できなくなる。

急性期リハでも、▽強化対象を急性疾患や手術等の患者に限り（初期加算・早期加算の厳格化）、▽会議、PT等の体制強化（ADL等加算の増点等見直し）が図られる。アウトカム評価の導入等で治療効率の低い患者が敬遠されるとともに、入院リハ提供体制の基盤縮小が懸念される。

▽リハビリ実践場所の医療機関外への拡充、▽運動器リハ(Ⅰ)の増点、▽難病リハの専従要件緩和(難病リハ普及)など改善がされる。

6. 評価軒並減で中小等薬局の淘汰懸念、医薬連携に支障も

調剤において、▽「かかりつけ薬剤師指導料」「かかりつけ薬剤師包括管理料」が新設される。患者1人に対し1人の薬剤師が継続的に原則常時対応等する場合の評価であり、ハードルが極めて高い。▽同「指導料」「管理料」等を一定期間算定しない場合、調剤基本料は減額、▽「指導料」届出、在宅実績等の基準調剤加算への要件導入など、かかりつけ機能がないとされる場合、評価全体が引き下げられる。

▽調剤基本料の減額対象をより小規模の薬局や大型チェーン店に広げるほか、▽調剤料・一包化加算、▽疑義照会、▽薬歴管理等で減点・厳格化される。

かかりつけ推進とは裏腹に、薬剤師の過重負担とともに、地方・中小薬局が淘汰され、却って患者の利便性の後退や医薬連携の支障となる事態が懸念される。

7. 患者負担増等の中止と地域医療再建へ

今次改定は、地域の介護・福祉サービス等も不十分な中、わずかな財源で入院、在宅・外来等の全現場に更なる負担を求めており、地域医療を疲弊させる事態が懸念される。

しかも、今回のマイナス改定に続き、政府は、社会保障費の年3千～5千億円削減を見込む「骨太の方針2015」の実現に向けて、入院時の居住費負担の拡大、高額療養費の患者負担限度額引き上げなど更なる負担増を計画している。

保団連は、必要な医療が提供できるよう、医療関係者、患者・国民と手を携えて、診療報酬の引上げ・改善、患者負担増等の中止をこれまで以上に強く求めていく。