



## 在宅医療推進に資する 診療報酬体系に改定を

鳥取県西部医師会 副会長 小林 哲

今春の診療報酬改定により前回引き下げられた在宅医療に関する診療報酬がさらに引き下げの方向で改定されたことは皆さまご存知のとおりです。自宅と施設、患者の重症度、訪問人数によって細かく細分化され極めて複雑な診療報酬体系となっています。さらにグループホーム、有料老人ホームなどが従来の自宅扱いから施設扱いに解釈が変更されましたがこれに1年の特例が設けられるなどまさに複雑怪奇になっています。

前回の改定で在宅医療が大幅な減算改定となったことは誠に残念なことでした。その原因として都会において大きな医療法人グループによる不適切事例があったと言われています。しかし監督の目が行き届かない都会での不適切事例を理由にして日本全体の診療報酬を決定することは極めて不適切であろうと考えます。不適切事例には当然指導、監査で対応すべきです。それに上乗せするように今回の改定でさらなる減算と極めて複雑な診療報酬体系が導入されました。多くの医療機関が困惑しているものと思われまます。また看過できない矛盾として多くの場合患者さんが1人の建物で訪問診療している場合と2人に増えた場合、2人になった方が全体として診療報酬が低くなることです。このような安売りの紳士服屋のように「スーツ1着より2着の方が安いよ」などといった訳の解らない診療報酬がまかり通ることが理解できません。また同一建物での患者数が2人以上と10人以上のところでは在宅時医学総合管理料や施設入居時医学総合管理料に大きな段差があり、月の患者数の増減によって毎月の患者自己負担に大きな差が出てしまう場合が生じることです。患

者さんとしては毎月同様に診療を受けているのに他の人の動向によって自己負担が大きく変わることは、理解しがたいことだと思います。同一建物の複数患者を管理する場合、人数の増加に伴い医師の責任が減ずることはありません。訪問時の手間がある程度省けるだけです。そう考えると本来在宅の管理料が人数によって左右されることは医師の仕事への冒涇以外何物でもありません。人数によって減算されるべきは訪問診療料のみであるべきです。9月末に行われた中四国医師会連合会の分科会においてもこの問題が討議されました。多くの県からこのような矛盾や複雑さを改めてほしいとの意見が出されました。これに対して日本医師会の鈴木邦彦常任理事はあまり明快な回答をされませんでした。しかし国が推進する地域包括ケアシステムの構築において、自宅であれ施設であれ在宅医療の推進は極めて重要な事項です。その診療報酬体系がこのように矛盾に満ちて現場が納得できない方向に改定されていくことには、大きな疑問を持たざるを得ません。

在総診導入時はかなりのインセンティブの誘導があり高点数が設定されたことは理解できます。そしてある程度導入が進んだ現在、政策として抑制の方向に舵が切られることも理解できます。しかしその中でも矛盾の無い、医療者も患者さんも納得できる診療報酬体系を構築することが大切です。このことを忘れて現在在宅医療に励んでいる医師はモチベーションが低下し、これから在宅医療を始めようとする先生たちは躊躇せざるを得なくなり地域包括ケアシステムは絵に描いた餅になるか、もしくはその絵も描けなくなる可能性があるように思います。