

「平成28年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理 (現時点の骨子)」に対する意見(入院外)

東京保険医協会
会長 拝殿 清名

1-3 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

初診料・再診料を大幅に引き上げること。

理由：診療所の再診料は、2010年改定で病院の再診料と統一される際に71点から69点に引き下げられた。前回改定で3点引き上げられ72点となったが、これは消費増税への対応分にすぎない。2002年度～2008年度の改定では本体部分を含め診療報酬の大幅な引き下げが連続し、医療経営は大きな打撃を受け、まだ回復するには至っていない。初・再診料には「診察にあたって基本的な医療の提供に必要な人件費、設備、光熱費、施設整備費等が含まれる」ことは厚労省自身が認めていることである。であるならば、医療機関の該当経費が充当されるよう、初・再診料は大幅に引き上げるべきである。

1-4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

在宅時医学総合管理料等について、「重症度が高い患者の評価の拡充」を新設することによって、それ以外の疾患患者の点数を引き下げないこと。

理由：中医協に提出された資料では厚生労働省の想定している「重症患者」とは疾患では多発性硬化症、重症筋無力症、パーキンソン病関連疾患など、処置では中心静脈栄養、人工呼吸、気管切開、酸素療法などを受けている状態が挙げられている。しかし、このような患者は在宅医療に特化した医療機関でしか診られない。仮に「重症患者」以外の患者について在医総管等の評価が引き下げられるようなことになれば、在宅医療専門でない医療機関は撤退を余儀なくされる。通院困難な患者を全て在宅医療に特化した医療機関に担わせれば、在宅担当者に過度な負担が集中し、結果的に在宅医療の質の低下と、在宅医療そのものが後退する恐れがある。このことは病院の勤務医に業務が過剰に集中している構図を見れば明らかである。在医総管等への疾患や処置等重症度に応じた評価を新設するのではなく、在宅医療専門でない医療機関でも在宅医療に関わるような点数設定をすべきである。

1-4 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

在宅時医学総合管理料等について、同一建物での診療人数による評価の細分化を中止すること

理由：厚労省の資料では、現行の同一建物で「1人」または「2人以上」で評価している体系から、診療人数を「1人」「2～9人」「10人以上」などに細分化して点数設計するとしている。厚労省の方針通りにいくと、在医総管・特医総管で合計108通りの点数に細分化されることとなる。現状でも複雑な体系であるのにさらに細分化させるこ

とは医療機関を混乱・疲弊させるだけである。

2-3 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進について

要介護被保険者に対する維持期リハビリテーションの介護保険への移行を撤廃すること

理由：維持期も含めてリハビリテーションは、医師が指示する専門職種（PT・OT等）による医療行為である。要介護認定を受けた患者にも身体機能の回復または良好に保つためにリハビリテーションを行うべきであるが、介護保険のリハビリはそれに対応するものになっていない。介護保険で対応できるようになるまでは医療保険から給付されるべきである。必要なリハビリテーションは、医師の判断で継続可能とし、維持期リハビリテーションの介護保険への移行を中止すべきである。

2-4 明細書無料発行の推進について

公費負担医療の対象である患者等、一部負担金の支払いがない患者に対する明細書の無料発行について、更なる促進策を講じることは止めること。

理由：現在明細書の発行を受けている患者でもそのほとんどは交付を希望していないのが現状である。もし発行が義務化されていない患者にまで義務化を拡大することになれば、いたずらに医療機関の業務負担を増やすだけである。明細書発行の手間を省きその時間を別の業務に回せるようにすべきである。また、明細書の内容を見れば記載されている医療行為や投与薬剤で治療を受けている疾患名が容易に推定することが出来る。公費負担医療で一部負担金の支払いがない患者は、精神疾患など医療情報を慎重に扱うべき疾患に罹患している場合が多い。個人情報漏えいの懸念からも、無料発行の拡大は行うべきではない。

以上