

Vascular Street



城南区 Life Style Care フォーラム

◎パネルディスカッション

平成18年度診療報酬改定について



司会
福岡大学病院
循環器科助教授
松永 彰 先生



長尾病院
院長
服部 文忠 先生



酒井内科循環器
クリニック
院長
酒井 博 先生



福岡医科大学総合病院
内科学
助教授
堺 孝明 先生

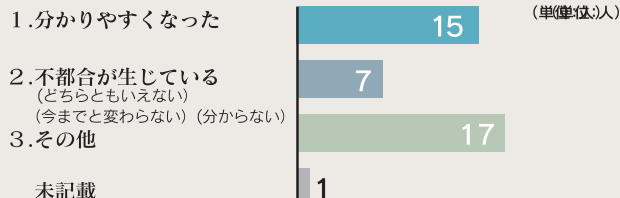


福岡大学病院
循環器科
岩田 敦 先生

松永「平成18年度診療報酬改定について」というテーマとしては大きいですが、事前アンケート調査を実施し、40名の先生よりご回答を頂きました。私達のような勤務医にとっては、まだまだ勉強不足の分野でもあり、アンケート項目が充分でなかったことをお許し下さい。アンケートは次の6項目であります。

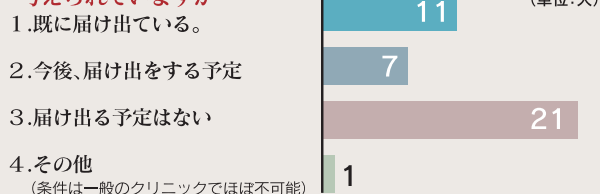
■診療報酬体系の簡素化について

Q:老人診療報酬が簡素化の観点から一本化されましたが



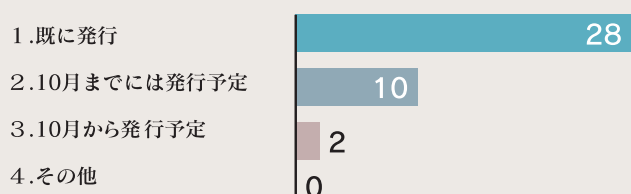
■在宅医療に係る評価について

Q:24時間往診が可能な在宅療養支援診療所に高い評価が与えられていますが



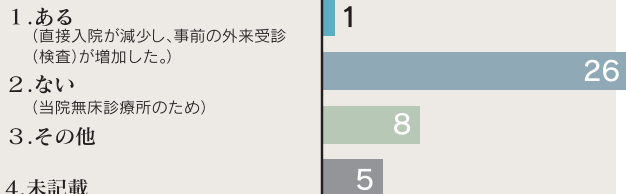
■医療費の内容の分かる領収証の発行

Q:医療費の内容の分かる領収証の発行を無償で交付することが義務付けされましたが、発行しておられますか



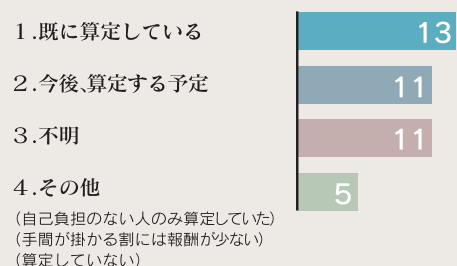
■DPCに係る評価について

Q:DPCによる支払対象病院が拡大されましたが、DPCが今まで普段の診療に何か関係したことがありましたでしょうか



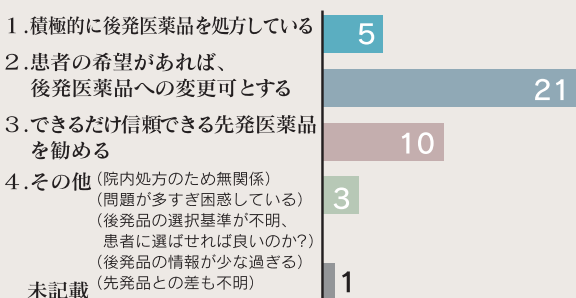
■生活習慣病等の重症化予防に係る評価について

Q:生活習慣病指導管理料が見直しされましたが



■調剤報酬、後発医薬品使用推進について

Q:処方箋中に「後発医薬品への変更可」のチェック欄が追加されましたが



■その他、ご意見、ご感想 診療報酬改定の度、事務的な仕事が多くなっている。第一線の医師が本来の使命に専念出来る様な制度にならないものか。今後の医療に対しても、生命の尊厳を知る職業にあるものとして危惧する。

松永 岩田先生にお聞きします。先生は、福岡大学病院6階東病棟循環器科の病棟医長をしています。DPCに係る評価について、開業医の先生方を中心としたアンケート調査では、DPCが今まで普通の診療に関係したことがないとの回答が40名中26名いらっしゃいました。大学病院では如何ですか。

岩田 大学では、DPC導入前後で大きな影響は無いと認識しています。ただ、無駄な投薬、無駄な検査は省こうとの意識は以前より高くなっていると感じています。DPCで設定された点数については、例えば、狭心症や不整脈は、普通の入院期間であれば3000点位なのですが、様々な検査を勘案しても適正な点数設定と認識しています。無駄がなければ赤字にはなりません。

松永 狭心症で入院すれば一律3000点ですね。

岩田 その通りです。心エコー等を実施してもぎりぎり範囲内に収まる設定です。ただ、弊害としては、稀なケースですが主病名が重複するケースです。例えば、狭心症と重症の不整脈など両方とも致命的な疾患ですので、入院中にまとめて治療します。その場合に主病名と一致しない治療は算定できず、そういった形で全てが査定されます。どれだけ詳記を書いても認められません。これが、もしかするとDPCの問題かもしれません。

松永 DPCは診断名で点数が決まります。例えば、事前に外来で検査をすれば、入院時に差益がでるという考えもありますが、そういう事はされていますか。

岩田 医事課にも聞いた事があるのですが、例えば、心筋シンチや負荷心電図は、細かい診断群分類で設定されており、シンチを実施した際に変更すれば点数が上がる仕組みになっており、外来時に検査するか、入院時にするかは、病院にとって大きな差は無いようです。

松永 それでは、検査の時期については特別な事はされていないのですね。

岩田 はい、それが現状です。

松永 DPCに関連する話題について、病院長をさ

れている服部先生にもお伺いしたいと思います。

服部 アンケートの結果では開業医の先生方は影響を受けていないとの回答が多かったのですが、大学や大きな病院から紹介を受ける私共の所のような病院にとっては、今回の改定は最近になって大きな影響を受けています。在院日数については、



短縮されたほうが良いので、かなり早く転院されます。例えば、脳血管障害のリハビリ目的で転院されてきますが、肺炎が治りきっていない方や、心原性脳塞栓でワーファリンの用量が決まっていないうちに転院を受けざるを得ないようなケースが段々増えてきています。私共としても病院のレベルを上げ、意思統一し、そういった患者さんも積極的に受け入れるようにしています。しかし、この傾向は今後、更に強まるでしょうから、リハビリ病院だからリハビリだけをしていれば良いのではなく、各内科のレベルを上げなければならないし、医師の布陣についても強化したいと考えています。それから、病名が2つある場合、内科は良いのですが、外科系で専門の先生の中には、片方の疾患を全く申し送り無く、殆ど何もやっていない状態で外来に紹介される事があります。その場合、慌てて検査し直したりする必要があり、2つの主病名を持つケースで、DPCは大学にとっても大変だなと感じております。

松永 有難うございました。それでは少し話題を戻しまして、医療費の内容が分かるという事で、領収証の発行を無償で交付することが義務付けされましたが、アンケート結果では、既に発行しておられる先生が多く、少し驚いたのですが、これについて酒井博先生にお尋ねしたいと思います。

酒井 この質問の中で、医療費の内容の分かる領収

書は、殆どの大学や病院では既に実行されていた事と思います。私共のようなクリニックでは、この領収書の発行が義務付けられた事により問題が生じています。例えば、今までこの先生も恐らく同じだと思いますが、窓口負担金をディスカウントされていたかと思います。例えば電話の再診料です。深夜にかかってきて、まあまあいいか、点数だけ取ればとかです。これが罷り成らぬとなった訳です。この領収書の発行の経緯がですが、中医協にある民間の人が入られ、こういうものを作ってくれという事で、譲らずにこういう形になったのです。実際は民法上、何の拘束も無いのですが、療養担当規則に紛れ込ませてしまったのです。この問題で、後に出てくる、点数の高い在宅支援の点数も窓口負担金を取らなければ、10月以降はペナルティを課すと厚生省は言っています。領収書をきちっとやるならば、窓口で負担金をきちっと頂くことが必要になります。ただ、一つ良い事は、診療所では慢性疾患指導という言葉が慢性疾患管理と変わったので、指導されないのに窓口負担金が高いという事だけは少し言い逃れられるかなと思っています。

松永 この問題は、例えば、次の生活習慣病の管理料もかなり高い点数ですし、往診についても関係すると思うのですが、堺孝明先生何かご意見がありますか。

堺 電子化加算のレセプトの電算処理システムと医療費の内容の分かる領収書を発行するという、患者さんに対して分かり易い情報を提供する事になると思うのですが、経営のほうからすると、これは有り難い事です。私はアメリカで大腸ファイバーをしたのですが、非常に細かく、モニター代がいくらとか、ファイバーがいくらとか書いてある訳です。そうすると経営側からすると、原価計算が非常にし易くなります。いわゆるキャッシュフローだとかバランスシート等、会社の経営を見る事が出来るのです。そして数字が入れ易くなる、という印象を受けています。

松永 詳しく書いてしまえと言う事ですね。

堺 その通りです。やり易くなります。

松永 なるほど。何かフロアの先生方からご意見ありますか。それでは、もう一度、酒井博先生にお戻りして、生活習慣指導管理料の見直しについてですけれども、私の知る限りでは、少し点数が下げられて、なおかつ、記入する項目が非常に増えて、先程、先生が言われたように、指導ではなくて管理料だけになったという事で、言葉が少し変わったという印象ですが、如何でしょうか。

酒井 これは、結局、今まで点数が1100点とか1200点で、今までは窓口はこれくらいで良いだろうと、まあ点数はあるからという事で取っていたところが沢山あったわけです。本当は駄目ですけどね。これは一応、療養担当規則違反になるのです。ただ、安く取っていても、生保上は問題無くて、療養担当規則からすると駄目で、今回、領収書発行になれば、ここがきっちり合っていないと、全国規模の大きな民間電機会社の社会保険事務所が、生活習慣病に関して、レセプトの請求が来たヒトに全部手紙を出して、本当にこういう指導を受けているかどうか問い合わせたとのことです。すると受けていない方がいたわけです。指導して貰ってないとなると、返さなければならなくなる。説明して承諾を受けてから治療行為に入って、それをカルテに貼付して、場合によっては印鑑まで貰わなければならないのです。だから生活習慣病もきちっとやろうと思ったら相当なエネルギーを使うし、実際やっていると、もう毎回事は結構と言われます。点数は下げて取り易くはしていますが、実際これで請求したら1回あたり3割なら相当の金額ですよ。これは今までなら、まあ1000円ちょっと位にしといてとやっていましたが、それが、この領収書で出来なくなったわけです。

松永 何かご意見ありますか。

服部 直接の意見ではないのですが、今度、福大のほうでNPOをたちあげましたよね。糖尿病等で、診療支援をするものです。「健康福岡」だったでしょうか。



服部 福大病院で立ち上げ、未だ具体化していないのですが、栄養士さんとか、糖尿病療養指導士を我々開業医のところに派遣して、そういう人達を交えての管理だったら算定しても良いのではないかと。取り分というのは今後考えるそうです。そういうサポートするような動きであつたら、積極的に取るべきだと思います。

松永 それは糖尿病だけですか。高血圧とか高脂血症などはいかがですか。

服部 今のところは糖尿病だけです。糖尿病がやり易いというのがあります。栄養士、糖尿病療養指導士、看護師等の資格がありますので、彼女らが私達の時間をあまり割かずに、説明してくれたら、充分患者さんは管理というか指導をしてくれているという事になります。まず、城南区の内科医会が、先取りみたいな事をやっていきたいと考えています。それから、高脂血症等に発展していくかと思います。

酒井 今の糖尿病でやって行こうと言うのは、厚生省が地方自治体に投げた提案です。まず、代表的な糖尿病でやってみようと言う事で、福岡でやった、大分でやったら、全国でやらせてみて、出来の悪い所は、点数を厳しくするための方策でもあります。例えば、それを頑張ってやるとすると、頑張っていないところは、医療費や糖尿病の点数を下げてくる、逆に頑張ればその点数でいけとなって、また下げる可能性があります。

松永 それでは、在宅に関する事お聞きしたいと思います。24時間往診可能な在宅療養支援診療所というのは、結構ハードルが高いのですが、既に届け出ている先生が11人おられ、届け出る予定の先生が7名。私は結構多いと思ったのですが、これについて酒井博先生何かご意見はございますか。

酒井 私もこれは多いなと思って見ていまして、国保実務という雑誌があるのですが、それには、5月1日の時点で、在宅療養支援診療所の届け出が8595件です。これはどの位なのかというと、この前に24時間在宅診というのがありましたよね、これはどこかの病院と連携しておけば良いというだけで取

れた点数です。それに対し今度の在宅支援になると、もっと下がるかなと思ったのですが、8592件というのは少し驚いて見えています。それで、一応届け出ているけれども、それを請求するかどうかは、また別です。厳密にすれば大変だろうと思います。お金の話になって申し訳ないのですが、この点数で患者さんから頂けますかね。4千数百点。2割で9000円くらいです。1回病院に行って、血圧なんかを計って、8000円～1万円を取れますかね。結局、これは病院から患者を追い出すためのものです。そして開業医に点数を上げるから、開業医で診なさいという事ではないでしょうか。私の仲間で在宅診療をしている者がいまして、一生懸命やっています。もうボロボロになっていまして、例えば糸島のほうの癌の末期の人を診てくれないかと頼まれた事があります。ちょっとした現場の犠牲のもとで、何とか入院患者を減らすという大目標があるので、そこに掲げられた餌かなと思っています。

松永 堺孝明先生は如何でしょうか。色々な情報を持たれていると伺っているのですが。

堺 図1が、先程、酒井博先生が説明されたものに対応しています。確かに病院から患者を追い出そうという、一つの思案ではあります。しかし、その点数が今回、もう一つDPCと2つのトレンドになっています。そこで点数が一番高く配分された訳です。だから、在宅医療に対するスタンスを改めて確認すべきだと考えています。今後、入院医療の引き下げ、在宅医療の引き上げというのは、しばらく続くと思っています。一つのトレンドですから、単に増収という観点からだけではなく、医療供給体制の流れから検討すべき課題だと考えています。図2はターミナルケアに関するものです。多様な居住の場でのターミナルケアという事で、昔は自宅で亡くなる人が8割位だったのですが、今は2割くらいです。昔に戻そう、つまり自宅で亡くなってもらおう、在宅療養支援診療所の医師が訪問し、24時間以内に見取った場合は、1万点あげますよと、これは美味しい餌ですけれども、確かにボロボロになるかもしれま

在宅医療

在宅医療における24時間対応体制

・在宅医療総合管理料(月1回)

1. 在宅支援診療所

- ① 処方箋を交付する場合 **4,200 点**
- ② 処方箋を交付しない場合 **4,500 点**

2. 1以外

- ① 処方箋を交付する場合 **2,200 点**
- ② 処方箋を交付しない場合 **2,500 点**

図1

ターミナルケア(在宅)

・在宅患者訪問診療料

ターミナルケア加算(I) **10,000 点**

ターミナルケア加算(II) **1,200 点**

- ・複数回の往診又は訪問診療を行った患者(2週間以内)
:IIの算定
- ・加えて、在宅療養支援診療所の医師が、訪問し看取った
(24時間以内)
:Iの算定

図2

せん。一つのトレンドですから、しばらく続くと思います。ただし、酒井先生が言われたように、いつかパッと橋を外される可能性はありますから、設備投資をするのであれば、慎重にしなければならないところだと思います。

松永 これは結構大きな問題だと思いますけれども、今回のアンケートには入っていなかったのですが、療養型とか介護型の病床群との関連もあってですね、恐らく厚生労働省は、在宅のほうに誘導を強くしていると思うのですが、堺孝明先生いかがでしょうか。

堺 介護療養型医療施設は平成23年度に廃止されます。それは、何故かと言いますと、医療保険の適応と介護保険の適応というのは今、38万床ありますが、これを医療保険適用に15万床に減らそうとしています。あとは在宅とかケアハウスとか在宅支援療法のほうに看板を持って行こうとしています。これははっきりしています。

松永 分かりました、有難うございます。なかなか難しい問題ですね。

後発品の使用推進に関してですが、ご回答では、後発品を積極的に処方している先生は5名という事で、あとは希望があればという回答と、先発品を勧めるという回答なのですが、これに関して岩田先生、福大病院ではどのようなスタンスでしょうか。

岩田 福大病院では、院内処方に関しては、全て先発品だけで、後発品は全く導入しておりません。院

外の薬局に関しては、患者さんが希望した時のみ、許可を得てから処方するようにしています。

松永 有難うございました。かなりこれについては、問題も多いかと思います。後発品といっても何種類もありますし、保険点数も適応症も違ったりしますが、この点に関してはお困りと思うのですが、何かご意見ありますか。酒井博先生、何か使われていますか。

酒井 私は4月にこれが変わって、5月まで後発品変更可のところに何も付けずにしていたのですが、ある友人が、「これはしていて良いのよ」という話になって、一応変更可にした訳です。そうすると中には、今テレビでやっているの、薬局で相談して変えた人がいます。丁度今日ですが、オパルモンという薬、この処方箋が近くの調剤薬局にいきました。そこでは今までにオパルモンのジェネリックを2回処方しています。ところが今回調剤薬局から電話があつて、8月いっぱい供給できないという事で、もう一度オパルモンに戻してもらえませんかというわけです。後発品問題の一つはこの供給です。基本的に一つの薬剤に対して、8~15種類も認可した厚生省の問題が大きい。私は、このジェネリックは、殆ど駄目だと思います。自分の専門領域の例えば、血圧とか不整脈とかをジェネリックに変えるつもりはありません。患者さんには折角今まで使ってきて、これでコントロールが狂ったら困るという言い方を



しています。申し訳ないのですが、ビタミンとか胃薬とかは、いいよというような対応をしています。

松永 有難うございました。何か他にございますか。まだ、ご意見あるかと思いますが、すみません、か

なり時間が過ぎています。司会の不手際をお許し下さい。それでは今回のパネルディスカッションを終了したいと思います。色々なご意見を頂き有難うございました。



Prof Saku's commentary



日本の医療を取り巻く環境は厳しく、福岡大学病院も毎年収入増で推移していましたが、平成18年度はDPCを含めた大幅な診療報酬マイナス改定(-3.16%)が施行され、収支の悪化が懸念されています。さて私たち大学病院の立場ですが、医療機能の分化にベースした地域医療機関への支援と連携を強化するよう心がけるつもりです。医療には、先端科学の応用を目指すのみならず、生活習慣やメンタルヘルス、健康と福祉への介入を通して、医療に貢献する様々な人材の育成も大切な部分ですね。平成19年度から、医学部に看護学科が併設されます。大学・大学院教育の中で、多面的な臨床への理解・知識・技法の習熟がさらに期待できると思います。また、診療報酬上の利点を地域で共有できるネットワーク作りを推進できる魅力ある大学病院として評価されるよう努力します。