

＜シンポジウム (2)—5—3＞ 社会保障制度の改革と神経内科診療：何がどう変わるのか？

H24 診療報酬改定について

荻野美恵子

(臨床神経 2012;52:1094)

Key words : 診療報酬改定, 医療経済, 同時改定, 少子高齢化

H24 年度は診療報酬改定と介護報酬改定が同時改定となり、さらに障害者自立支援法改正も施行予定であり、日本の社会保障の根幹となる 3 制度が同時に改定される大事な年となる。奇しくも東日本大震災に見舞われ、作業工程は一次停滞せざるをえなかったが、日本の経済状態から先延ばしが許される状況でもない。また、時期がずれて政権交代と重なり、いたずらに選挙の道具にもちいられることもさげたい。与党も野党も未曾有のスピードで進んでいる少子高齢化に対応すべく、国策としての検討をしなければならない状況である。

本演題は実際にどのように診療報酬改定および介護報酬改定がおこったかを報告することを意図している。本抄録を提出している 3 月末の段階では不明確な部分も多い。この制約の中ではあるが、現在まで決定している事、また、重要と認識されている事について、平成 24 年 3 月 5 日の診療報酬改定についての発表よりまとめる。

平成 24 年度の診療報酬・介護報酬の同時改定は「社会保障・税一体改革成案」の第一歩であり、「2025 年のあるべき医療・介護の姿」を念頭に置いておこなわれる。診療報酬改定率は全体のネット改定は 0%、診療報酬改定本体改定率+1.38% (医科+1.55%、歯科+1.70%、調剤+0.46%) 薬価改定等-1.38% となっている。医療費は年 3% 程度の自然増があるといわれているため、実質マイナス改定となる。

重点課題として、「重点課題 1：急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減」および「重点課題 2：医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実」が、また、I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点、II 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点、III 医療機能の分化と連携等を通じて質が高く効率的な医療を実現する視点、IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点があげられている。

神経内科分野に関係のありそうな事項のみを取り上げる

と、救急救命入院料の看護配置をハイケアユニット並みと見直し、救急搬送患者地域連携紹介および受け入れ加算再評価、療養病棟および一般病棟における急性期後や在宅患者の受入評価、NICU からの受入入院評価、在宅入院加算のさらなる評価、長時間訪問看護の対象者を人工呼吸器非使用の重症児などにも拡大、医師事務補助加算より評価、看護補助者評価、二次救急評価、同一医療機関内同一日の 2 科目の再診評価、多職種連携評価、外来緩和ケア診療評価、在宅連携評価、在宅使用医療機器の見直し、在宅施設看取りの評価、外泊・退院当日の訪問看護を評価、訪問看護と看護補助者の同行訪問を評価、医療保険と介護保険のリハビリ移行緩和、認知症診療評価、回復期リハの体制による評価、外科系は外保連試案の評価を参考とする、内科の高い専門性を有する検査や管理の評価、DPC 調整係数のみなおしなどがあげられている。

神経学会からの要望事項については、今回も筆頭にあげていた要望項目が取り上げられた。要望通りの点数ではないものの、内科分野の増点が少ない中で、取り上げられているのは神経学会の要望項目が医療全体の目的にも合致したものであるからと思われる。

とくに神経学的検査は神経内科の診察技術に点数が付いているもので、300 点から 400 点に増点となった。筋電図検査も複数筋を検査する手間を評価し、8 筋まで算定できるようになり、DBS の調整にも 810 点の点数がついた。また、脳波検査判断料、神経・筋検査判断料、難病外来指導管理料も微増した。いずれも技術が関係する項目である。他にも、複数の内科から要望のあがったティルトベッド、髄液リン酸化タウ蛋白測定、髄液タウ蛋白測定、在宅人工呼吸加算増点、排痰補助装置適用拡大、脳磁図などがみとめられた。

診療報酬に対する対策は毎年診療向上委員各位の膨大な手間と時間を費やしておこなっている。十分とはいえないが、確実に要望実現に結びついている事は喜ばしいことである。

※本論文に関連し、開示すべき COI 状態にある企業、組織、団体はいずれも有りません。