

「在宅患者訪問診療料」の点数一部引き上げへ

11月9日の中医協・総会（会長：森田朗・東京大学大学院法学政治学研究科教授）では、在宅医療を議題とし、居住系施設でのサービス提供や、急変時の対応等を論点に議論を行った。



事務局は、家族など自宅での介護者を持たない人に対し、有料老人ホーム等の居住系施設における在宅医療サービスの充実が必要だとして、定期的な訪問診療を評価する「在宅患者訪問診療料」の自宅以外における点数の引き上げを提案し、概ね了承された。同点数では、同一建物に居住する患者を診療した場合の点数が低く設定されているため、有料老人ホーム等で暮らす患者については、算定点数が低くなることが多いという現状があった。そのほか、同点数については、「人口密度など都市と地方の差も反映させてほしい」との意見も出た。

また、小規模な在宅療養支援診療所（在支診）が、単独で急変時の対応や看取りを行うことは困難だとして、在宅療養支援病院（在支病）などとの機能分化と連携が重要であるとの論点も示された。事務局によると、有床在支診の約6割、無床在支診の約7割で医師数が1人のため、24時間の往診を実施するためには他医療機関との連携が必須となる。他施設とのカンファレンスを実施したり地域連携にかかわる職員を配置している方が看取り数が多いとのデータも示し、①自院のみで完結する有床在支診、②急変時の入院のみ在支病と連携する無床在支診、③24時間対応や看取り、急変時の入院などを連携で補完し合う在支診——を目指すべき方向性として提示した。これに対し、複数の委員から、地域ごとの医療資源の差など実情と乖離しているとの指摘がなされたことから、地域特性などを勘案し、より現実的なものとなるよう具体案を検討していくとした。

■「後発医薬品調剤体制加算1」廃止を検討

会合では、後発医薬品の使用促進についても議論が行われた。後発医薬品を数量ベースで20%以上調剤した場合に薬局が算定できる「後発医薬品調剤体制加算1」を巡っては、事務局は使用促進の最低限のラインとして必要だとした一方、委員からは「20%程度では低すぎて加算としてのメリハリがなくなってしまう」などの理由から廃止すべきといった意見が相次いだため、今後検討する。

そのほか、保険者が実施している、後発医薬品に切り替えた場合の差額通知に効果があるとして、薬局でも調剤の際に価格情報を提供することを事務局が提案したが、賛否が分かれた。

次回の総会は、11月11日に開催予定。