

改定2026のインパクト

連載寄稿

第2回

外来・在宅編 患者の流れと地域医療の再設計

株式会社FMCA 代表取締役 藤井 昌弘

今回は外来医療・在宅医療を取り上げます。結論から言えば、外来医療では、診療所は「かかりつけ医」、病院外来は「紹介患者中心」がそれぞれの「らしい姿」です、今回改定ではそれがさらに明確になりました。また、高齢者はその身体的特徴から80歳前後を境に通院困難になることが多く、その場合、在宅医療が活用されます。高齢化の進展に伴って在宅医療がより重視される方向となっています。

「もっと検査を」生活習慣病管理料の見直し

今改定において、外来医療のトピックの一つは、「生活習慣病管理料」です。糖尿病、脂質異常症、高血圧症の3疾患を対象に前回の2024年度改定で新設された点数ですが、2年を経過して内容が見直されました。いずれの疾患も状態をモニタリングする検査はさまざまありますが、中央社会保険医療協議会（中医協）の調査で、血液化学検査の実施率が低いことが分かりました。点数は(1)と(2)があり、加算(1)は検査が包括されていますので、検査実施のインセンティブが働きにくいのは理解できますが、出来高で算定できる加算(2)においても検査の実施率が低かったのです。このことが中医協で議論となりました。

下記のグラフのピンク色部分は、6カ月間に1度も検査をしていない患者の割合です。厚生労働省がこのようなデータを示したのは、適切な時期に適切な検査を実施するよう促すためと考えるべきでしょう。

見直しでは、生活習慣病管理料(1)の算定要件に「原則として、必要な血液検査等を少

なくとも6月に1回以上は行う」と追加されました。長く診療報酬改定を分析してきましたが、検査実施を促すような要件を見るのは初めてです。(I)(II)にかかわらず、治療計画作成は必須であり、その場合、糖尿病であれば血糖やHbA1c等の測定は必須であると考えます。

さらに、他科診療科の診察を推奨する「眼科医療機関連携強化加算」と「歯科医療機関連携強化加算」が新設されました。いずれも糖尿病の合併症である糖尿病性白内障や歯周病などの予防や早期発見が目的の新設点数です。

特定機能病院からの「紹介患者受入加算」

次のトピックは「特定機能病院等紹介患者受入加算」の新設です。特定機能病院からの紹介患者を診察した診療所、200床未満の病院が算定できます。同時に特定機能病院に対しては、診療所などへの逆紹介率の要件が「30%（パーミル）以上」から「50%以上」へと引き上げられました。この50%を下回ると減算されるペナルティ付きです。特定機能病院も逆紹介に本腰を入れなければならない状況になったと言えます。

逆紹介を促すポスターを院内掲示するといった従来の取り組みだけでは、逆紹介の新要件をクリアできない特定機能病院も出るでしょう。また、逆紹介患者を受け入れる医療機関側も積極的に受け入れをアピールする必要があります。受け入れ側の診療所等がどのような専門なのかなどを知らずに逆紹介を進めるのは少し乱暴ですから、医師会が特定機能病院と診療所との間の仲介役を検討するなどの

動きも今後出てくるかもしれません。今改定では、外来医療の機能分化を一層推進することになり、患者の流れに一定の影響を与えると考えられます。

電子処方箋は普及するか？

3点目のトピックは、「医療DX推進体制整備加算」などを再編して新設される「電子的診療情報連携体制整備加算」です。厚労省が進める医療DX（デジタルトランスフォーメーション）をさらに後押しする狙いです。

算定の施設基準がいくつかありますが、同加算(1)で特にハードルが高いと思われるのは、電子処方箋の発行体制の基準です。電子処方箋には、発行する医師、受け取る薬剤師のいずれもがHPKIというライセンスが必要ですが、現在も取得率は低いまです。今後どの程度、加算の取得が進むのかは注目点の一つです。

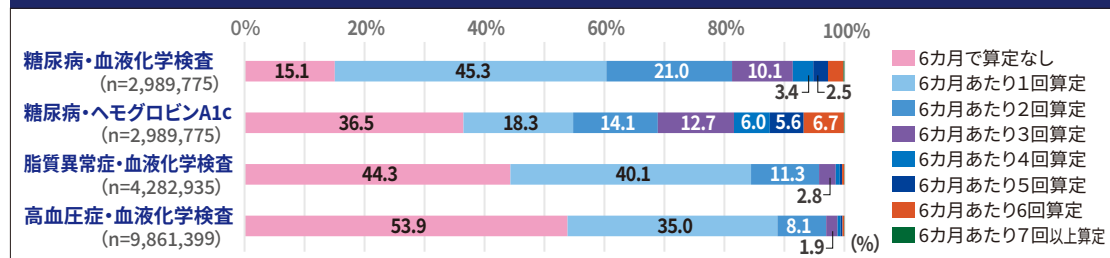
厚労省が電子処方箋を推進する理由の一つに重複投薬のチェックがあります。それにより重複投薬が減れば医療費の削減にも効果があるからです。そして重複投薬の後に狙うのは重複検査のチェックではないのか。それは考えすぎでしょうか。

質が求められる在宅医療

最後は在宅医療に関してです。今回改定では「在宅医療充実体制加算」が新設されます。旧加算と比べ点数はほぼ2倍になりましたが、算定要件が厳しくなり、常勤換算医師3人以上などが必要となりました。診療報酬評価の方向が、在宅医療を推進するための利益誘導から質の評価へと転換したように思います。厚労省が求める在宅医療の姿は、▽24時間自前で対応可能▽重症患者にもしっかり対応▽重症度に応じた訪問頻度▽看護師訪問+遠隔医療（D to P with N）一の4点です。

※最終の第3回(6月21日号予定)では検査室が取るべき対応について取り上げます。

生活習慣病管理料(II)算定患者の各血液検査の算定回数



厚労省資料を改変

藤井昌弘

MASASHIRO FUJII

PROFILE | 1984年にエスアールエル入社。営業を経て、病院内検査室の運営改善や業務改善など大型プロジェクト専門職を担当。医療機関に出身し、帰任後、主任研究員として厚生行政の政策分析に従事。2005年に同社を退職し株式会社FMCAを設立。病院への原価計算導入支援などを行う。日本医療・病院管理学会会員。埼玉女子短期大学非常勤講師などを務める。

