

## 診療報酬改定

内装が先行、  
骨組みはこれから

**病** 院群の再編成と地域包括ケア体制の構築へ、2014年度からの診療報酬が改定された。改革方針に沿った内容で、確かなホップを踏んだが、ステッピング、ジャンプへ、いかにつなげるか。

あの手この手で  
「高度」を選び分け

「7万床程度」と、厚労省が見込んだ看護師配置7対1の重症患者向けは36万床に膨らんだ。高い報酬に釣られ看護師の激しい争奪や軽症患者の入院も少なくはない。このため高度急性期と一般急性期の棲み分けを誘導していく。

体制充実の特定集中治療室（ICU）への報酬を新設▽看護師配置4対1などのハイケアユニットの報酬引き上げ▽短期滞在手術の対象拡大と平均在院日数からの除外▽入院90日超の難病患者、重度身障者の報酬引き下げ、あるいは平均在院日数計算の対象へ（病院側の選択）▽全身麻酔による手術件数の多さや24時間体制の救命救急などに報酬を加算▽重症な新生児の集中治療への報酬引き上げ――。

あの手この手の誘導策で15年度までに

目標の25%（9万床）程度を削減できるかどうか。

よみがえる外来の  
定額報酬

早期退院者や自宅療養者らを支える地域医療の再構築がもう1つの主目標になる。報酬名でも「地域包括診療料」、「地域包括ケア病棟入院料」などと「地域包括」はいささか乱発気味である。

この中で大事なものは主治医（かかりつけ医）を普及させる「地域包括診療料」という定額報酬だろう。高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2つ以上を抱える患者を診る診療所と200床未満の病院に1人当たり月額1万5000円を払う（薬剤料、病状悪化時の5500円以上の検査・画像診断、在宅医療の訪問診療料・在宅時医学総合管理料などを除く）。

高額報酬だけに条件は厳しい。診療所は在宅療養支援診療所であるうえ常勤医3人以上、24時間対応。病院も在宅療養支援病院かつ2次救急指定などが必要になる。さらに担当医の研修、介護保険制度の主治医意見書の作成、通院する全医療機関や全

