

在宅医療を推進するための重点要求

2013年11月7日

厚生労働大臣
田村 憲久 殿

新潟県保険医会
富山県保険医協会
石川県保険医協会
福井県保険医協会
長野県保険医協会

はじめに

超高齢社会を迎えるようとするわが国において、国民の多くが住み慣れた地域、自宅で最期を迎えることを想定する中で、国が打ち出している在宅医療推進の方向性については私どもも共感するところです。一方で、私たちは在宅医療を「看取りの場」であるのみならず、「社会復帰の場」と位置づけ、慢性疾患や障害をもちらながらも生活の場で在宅療養することがその人らしいQOLの向上をもたらすものと考えます。

厚生労働省は在宅医療の中核的な役割を在宅療養支援診療所（支援病院）に求めていますが、現状を見る限りでは在宅療養支援診療所（支援病院）は看取りを含めた終末期医療を担う役割を十分に果たしているとはいえないません。

在宅医療の充実に向けては、在宅療養支援診療所（支援病院）に限らず日夜地域で往診、訪問診療に携わる医師の役割を評価することが重要であり、こうした医療機関が意欲をもって在宅医療に取り組むための診療報酬上の評価が不可欠です。在宅医療を更に充実させるために診療現場における不合理を是正していただき私どもの提言をお示しさせていただきます。

＜医療保険と介護保険の給付に関する分担について＞

1 要介護認定被保険者等に対する、医療系居宅サービスのうち訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導などについては、介護保険から医療保険の給付に戻すこと。

- (1) そもそも訪問看護の業務内容は、医師の指示書に基づいて行なわれる医療補助行為であることから、介護保険サービスではない。医師の医学的判断に基づき、患者の状態に応じて随時訪問させることができる医療保険の給付に戻すこと。
- (2) 介護保険の訪問看護では在宅患者訪問点滴注射管理指導料が算定できず、点滴注射が必要な場合は医師による訪問診療か往診で対応せざるを得ない。これでは医師の過重労働に拍車をかけ、医療費も増えることになる。
- (3) 介護保険の支給限度額管理の下で、介護報酬の評価が高い訪問看護が介護報酬の低

い訪問介護に移されるケースが多く発生しており、訪問看護ステーションは存亡の危機を迎えている。

- (4) 会計検査院から医療保険で保険請求した訪問看護の費用について、介護保険の要介護認定被保険者等であるから介護保険給付であるとの指摘がなされ、診療報酬の返還が求められている。この場合、保険医療機関は訪問看護の費用の請求先がなくなってしまう。現在も会計検査院はこの指摘を続けていることから厚労省は善処すべきである。
- (5) 運動器及び脳血管疾患の維持期のリハビリテーションについて、要介護被保険者等への給付を 2014 年 4 月から医療保険給付から外し、介護保険給付とすることとされている。しかし、維持期を含めリハビリテーションは、医師の指示の下に専門職種が実施する医療行為であり、患者の病態に応じて医療保険から給付されるべきものである。

＜在宅医療の通則について＞

2 訪問診療または往診と訪問看護・訪問リハビリの同一日の算定制限を廃止すること。

- (1) 訪問看護は主治医の医学的判断に基づき、専門職を訪問させて必要な医療上のケアを行わせることを評価した点数項目である。訪問診療・往診と同時に行われる所以の限り、同一日であっても別途算定できるようにする必要がある。
- (2) 末期の悪性腫瘍や急性増悪等、患者の状態によって訪問診療あるいは往診の後で訪問看護を行うことが必要になるが、このような場合に訪問看護の費用が算定できないのであれば、重症患者の在宅医療は成り立たないということである。
- (3) 訪問診療または往診を行う保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションによる訪問看護の同一日算定を否定しているが、このような非現実的な取扱いは改める必要がある。

＜往診料＞

3 往診料に「休日加算」を新設すること。また、夜間加算は「夜間・早朝加算」とし、午前 6 時～9 時の時間帯の加算評価を行うこと。

- (1) 往診料には緊急、夜間、深夜に往診した場合の加算は設けられているものの、休日の加算は設けられていない。厚労省は在宅や居宅での終末期医療を推進していることなどから、今後ますます重症の在宅患者が増えてくると予測され、休日に患者の急性増悪等に対応することを評価する休日加算を設ける必要がある。
- (2) また、早朝の時間帯に加算が設けられていないので、午前 6 時～9 時の時間帯を夜

間加算と同等の評価を行う必要がある。

＜在宅患者訪問診療料＞

4 「同一建物居住者」の区分を従前の「居住系施設入居者」に戻し、在宅患者訪問診療料2の点数を引き上げること。

- (1)一般の集合住宅と高齢者施設・居住系施設を一律に取り扱うべきではない。
- (2)医師の技術料として点数が低すぎる。<参考>同一建物居住者の訪問看護・指導料（430点）、訪問薬剤管理指導料（385点）、訪問栄養食事指導料（450点）

5 特別養護老人ホーム入所者（短期入所生活介護を含む）に対する在宅患者訪問診療料2の対象を下記の場合にも拡大すること。

- ①週3回の訪問回数の制限を受けない厚生労働大臣が定める疾病等の患者
- ②急性増悪で一時的に週4回以上の訪問診療が必要な患者

現在は末期の悪性腫瘍の患者及び死亡日から遡って30日以内に行われたものに限定されているが、少なくとも①、②のような患者については訪問診療計画に基づく管理が必要であり、対象患者に追加すべきである。

6 往診の翌日に行った在宅患者訪問診療料の算定を全ての医療機関で認めること。

- (1)24時間対応の文書を患者に渡した在宅療養支援診療所に限りこの取扱いを認めているが、在宅医療に取り組む全ての医療機関の共通ルールとする必要がある。
- (2)患家の求めに応じて訪問する「往診料」と、計画的に訪問する「訪問診療料」との関連が整理できない。往診に基づき、翌日からの訪問診療計画を立てて対応しなければならない重症患者の存在を踏まえて取扱いを改める必要がある。
- (3)<具体例> 76歳男性。平成17年2月、脳梗塞にて脳神経外科に入院治療、その後外来通院。平成18年4月夕食後、意識レベルが低下し病院に救急入院。意識障害を来たし、寝たきりとなる。家族の同意を得て、4月に胃ろうを造設、5月には気管切開を行なう。症状変化無く6月15日に退院。当院に紹介され、17日に初診往診を行ったところ、前日夜38℃の発熱があったものの、吸痰により37℃台に落ち着いたとのこと。往診時は36.8℃であったが、翌日も訪問が必要と判断したため、家族に今後の治療計画を説明し、翌日から訪問診療を開始した。

＜在宅時医学総合管理料（特定施設入居時等医学総合管理料を含む）＞

7 在宅時医学総合管理料の算定要件を、「・・・月1回以上の定期的な訪問診療（往診の場合を含む。）を行っている場合に月2回に限り算定する。」とすること。

- (1)在宅患者について、月2回以上の訪問診療計画を立てている場合に、患者の都合でショートステイに入所し、月1回の訪問診療となつた場合など、在宅時医学総合管理料算定後にカルテの訂正（電子カルテ化が進む中で）、あるいは窓口負担の訂正（領収証の交付が義務化されている中で）が必要になるなど、医療現場で煩雑な問題が生じている。
- (2)「月1回患者を訪問する」といった訪問診療計画で在宅医療を行う患者も少なくない。月1回算定の評価方法とすることで在宅医療に取り組む保険医を支援すべきである。
- (3)月の1回目は○○点、2回目は○○点といった算定方法が合理的である。

8 在宅時医学総合管理料の施設基準の届出は不要とすること。

在宅医療を担当する常勤医師の氏名を届出する程度のものであり、施設基準の届出は不要である。

9 在宅時医学総合管理料に包括されている投薬及び在宅寝たきり患者処置指導管理料の費用は別に算定できるようにすること。

- (1)在宅療養指導管理のうち在宅寝たきり患者処置指導管理料のみが包括されているが、在医総管は在宅で療養する患者に対する基本管理料とし、個別の指導管理を包括すべきではない。
- (2)もともとは在宅時医学管理料がベースの点数であるが、かつて投薬は包括されていなかった。医療費の分析においても投薬は個別の算定とするほうが良い。
- (3)なお、現在①施設の別、②在宅療養支援診療所であるか否か、③処方せんの発行の有無によって8通りの算定点数となって複雑であるため簡素化すべきである。

＜在宅患者訪問看護・指導料＞

10 訪問回数の制限を受けない別表八に掲げる患者であって、要介護被保険者等の患者については医療保険の在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）が算定できるようにすること。

- (1) 訪問回数の制限がなくなった患者の対象は別表八にも拡大されたが、要介護被保険者等の場合は当該状態だけでは医療保険の対象とならない。難病等の回数制限を受けない患者と同様に別表八の患者については当然医療保険の訪問看護の対象であ

るべき。

(2) <具体例> 88歳男性。誤嚥性肺炎をくり返すため、胃ろう造設目的に入院するも、認知症による不穏が強く、胃ろうをせずに退院。ほとんど経口摂取できない状態であった。患者は要介護者であったが、急性増悪（誤嚥性肺炎）のため医療保険の在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定し、アミノフリーD 500mlを14日間は訪問看護により毎日点滴、残りの日数は主治医の訪問によって点滴を行なった。幸い、管理栄養士の訪問により、嚥下食の形態をいろいろ工夫したところ、一部経口摂取が回復したため、退院後7ヶ月を小康状態で経過している。

（考察）胃瘻まではしたくないけれども、1日1本の点滴注射で在宅療養が続けられるのなら、最期まで在宅でがんばってもよい、という患者家族は少なくない。在宅医療の推進という観点から、このようなケースは大切にしたい。ただし、訪問点滴注射の期間が14日限度で、残りを医師の訪問で行なわなければならない現状は、マンパワーの点からも、医療費の点からも無駄遣いと言わざるをえない。

(3) <石川県の診療所の事例> 開業以来の在宅看取り数は41例、うちガン患者が14例、非ガン患者が27例であったが、非ガン患者27例のうち、19例は頻回の訪問看護が必要なため、特別訪問看護指示書を交付した。この19例について、特別訪問看護指示書交付日から看取りまでの期間は最短で3日間、最長で31日間、平均15.8日であり、頻回訪問が認められる「14日間」を超えた例は11例（57.9%）であった。

（考察）上記から、非ガン患者を在宅で看取る際に半数以上は「14日間」を超えており、制限をはずすか、延長することが必要と思われる。

11 同一月に複数の訪問看護提供施設からの訪問看護が行えるようにすること。

- (1) 在宅医療の推進には訪問診療や訪問看護の連携が不可欠であるが、訪問看護を行える体制が十分とはいえない現状では、必要な訪問看護が柔軟に実施できるように制限をなくすべきである。
- (2) 当該保険医療機関からの訪問看護と訪問看護ステーションからの訪問看護の同一月の併施、2つの訪問看護ステーションによる同一月の訪問看護の併施、当該保険医療機関の訪問看護から月の途中で訪問看護ステーションの訪問看護へ移す場合など、当該保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションを含め、末期の悪性腫瘍や難病患者以外の患者に対しても、このような形態での訪問看護を認める必要がある。

<在宅患者訪問点滴注射管理指導料>

12 医師の診療と指示に基づいて実施される訪問看護時の皮下・筋肉内注射、静脈内注射、などの薬剤料を算定できるようにすること。

- (1) 現在は、週3回以上の訪問看護による点滴注射の指示があった場合に限り在宅患者訪問点滴注射管理指導料と点滴薬剤料の算定が認められている。主治医の医学的判断に基づいて行なわせる点滴注射及び皮下・筋肉内注射、静脈内注射に係る薬剤料については算定できるようにすること。
- (2) 訪問診療で発熱に対する皮下注射、嘔吐時の静脈内注射が必要と判断した場合でも、医師があらためて訪問し、皮下注射、静脈内注射を行なっている。

13 特別養護老人ホーム等の入所者に対し、在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定を認め、特別養護老人ホームに配置されている看護師に点滴注射の指示を行った場合は在宅患者訪問点滴注射管理指導料の対象とすること。

- (1) 特別養護老人ホーム等の入所者に対して、当該施設に配置されている看護師に点滴注射を指示した場合、在宅患者訪問点滴注射管理指導料はもちろん点滴の薬剤料の算定もできない。
- (2) また、訪問看護が認められる末期の悪性腫瘍の患者であっても、在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定は認められていないため、訪問した看護師による点滴の薬剤料の算定も出来ない。

＜在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料＞

14 他の医療機関等に対して訪問リハビリテーションを指示する「訪問リハビリ指示料」（有効期間3か月を限度）を新設すること。また、通院困難な患者であれば必ずしも在宅患者訪問診療料の算定を要件としないこと。

- (1) 現在、他の医療機関等に訪問リハビリテーションを依頼する場合は、診療情報提供料（I）の算定が認められているが、訪問看護ステーションに訪問看護の指示を行うのと同様に「訪問リハビリ指示料」を新設すべきである。
- (2) 訪問リハビリテーションを行う保険医療機関に対して診療情報提供料（I）を算定する場合は、当該患者に対し訪問診療を行っていることが算定要件とされているが、通院困難であるが家族の介助により外来通院している患者で、かつ、在宅で訪問リハビリテーションを必要とする患者に関して情報提供する場合において「訪問診療」要件が弊害となる事例が生じているので改善が必要である。

＜在宅療養指導管理料の通則＞

15 複数の医療機関で、異なる在宅療養指導管理を行った場合はそれぞれの算定を認める

こと。

「在宅療養支援診療所(又は支援病院)から患者の紹介を受けた保険医療機関が、紹介元と異なる在宅療養指導管理を行った場合、紹介が行われた月に限り、在宅療養指導管理料を算定できる」とされている。この措置は、例えば呼吸器系と泌尿器系の両方の専門医による在宅医療が必須の患者、すなわち複数の在宅療養指導管理の対象疾患有する重症患者の在宅療養を否定するものである。

16 同一の保険医療機関において、同一患者に対して複数の在宅療養指導管理を行った場合は、主たる指導管理料と併せて従たる指導管理料について一定の評価を設けること。

在宅療養指導管理料は、それぞれの目的や管理内容、機材の使用方法・注意点などが異なることから、複数の指導管理が必要な場合に主たる指導管理料のみの算定とする取扱いを見直す必要がある。

＜在宅寝たきり患者処置指導管理料＞

17 在宅寝たきり患者処置指導管理料の費用は在宅時医学総合管理料とは別に算定できるようにすること。(再掲)

18 在宅寝たきり患者処置指導管理料を、①創傷処置・喀痰吸引・ストーマ処置・皮膚科軟膏処置（一般処置）、②膀胱洗浄・留置カテーテル設置・導尿（泌尿器科処置）、③介達牽引、消炎鎮痛等処置（整形外科的処置）、④鼻腔栄養・経管栄養（栄養処置）の4区分とし、それぞれの併算定を可能とすること。

- (1) 在宅寝たきり患者処置指導管理料は、在宅における創傷処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、導尿、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引等々、様々な種類の処置・指導、管理を一人の患者に対して行うことを評価する点数項目である。在宅時医学総合管理料への包括の取扱いは、結果として重症な患者ほど診療報酬上の評価が下がることになる。
- (2) 創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、導尿（尿道拡張を要するもの）、ストーマ処置、喀痰吸引、介達牽引、消炎鎮痛等処置又は栄養処置を4区分とし、複数の処置の指導管理を行う場合には別途評価すべきである。
- (3) 具体例として、在医総管を算定している患者で、褥そう形成、留置カテーテル導尿、吸引を行なう重症者がいる。

19 在宅寝たきり患者処置指導管理の対象となっている栄養処置（鼻腔栄養・経管栄養）に用いる栄養管セットの材料加算を新設すること。

- (1) エンシュアリキッド等未消化態タンパクを含む薬剤を使用する場合においても栄養管セットが算定できるようにすべき。実際に在宅小児経管栄養法指導管理料については、対象薬剤に定めがなく栄養管セット加算が算定できる。
- (2) 経管栄養、すなわち経腸栄養はすぐれた在宅栄養法であるが、消耗品が少なくない。栄養管は1本約100～150円、ボタン型胃瘻の接続チューブは1本約2,500円、フィーディング・アダプタは1個約2,400円であり、いずれも特定保険医療材料の設定はなく、在宅寝たきり患者処置指導管理料に包括されており、他の医療的処置と併せ、すべてこの中でまかなうことは困難である。
- (3) 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料とは対象薬剤が違うだけで使っている材料は同じであり、管理内容はほぼ同一である。

＜薬剤料・特定保険医療材料料＞

20 在宅療養指導管理料において、「含まれる」とされる処置、注射の費用については、薬剤料及び特定保険医療材料は別途算定できるようにすること。

- (1) 在宅の特定保険医療材料や薬剤として請求できないものについては、別途請求できなければ、処置や注射が必要な患者ほど医療機関の負担が重くなるといった矛盾が生じる。
- (2) 例えば、在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者については、褥瘻に対する創傷処置として皮膚欠損用創傷被覆剤を使用した場合に特定保険医療材料が算定できなくなった。(従来は処置料の算定はできなくても特定保険医療材料の算定は認められていた。)

21 在宅医療で使用する頻度が高い医療材料等については、在宅で使用する特定保険医療材料として保険請求できるようにすること。

(例) 蓄尿バック(ウロバックなど)、処置等に用いるディスポーザブルカテーテル、チューブ類、皮膚欠損用創傷被覆材(一般的な褥瘻処置)

- (1) 在宅での使用頻度が高い医療材料等のうち、保険請求できることとされている蓄尿バック(例:ウロバック)、処置等に用いるディスポーザブルカテーテル、チューブ類については特定保険医療材料として償還価格を設定し、別途保険請求できるようにすること。
- (2) 皮膚欠損用創傷被覆材については、褥瘻が重度化する前に処置を行うことが重要である。在宅療養指導管理料の算定を条件としたり皮下組織に至る褥瘻に、限定せずに第二部(在宅医療)の特定保険医療材料に指定すること。
- (3) 患家の点滴は、1本100～120円ほどのプラスティック型静脈内留置針を使用して

いる。

- (4) 尿道留置カテーテルを概ね4週間に1回の頻度で入れ替えているが、シリコンカテーテルの納入価格が1,005円、蓄尿バッグが347円に対して、保険請求できる告示価格は672円のみであり、1回あたり680円（税込み）の持ち出しになっている。
- (5) 終末期等で頻回に喀痰吸引が必要となり、カテーテルを給付しても費用の補填がない（1本40～60円）

＜胃瘻カテーテル交換法＞

22 在宅での胃瘻カテーテル交換法については、「画像診断又は内視鏡」でなくともスカイブルー法等で交換後の安全確認ができれば算定できるようにすること。

- (1) 在宅の現場では、画像診断等の機器を持ち込まなければ算定できないというのは不都合である。
- (2) 胃内容物の逆流の確認によるスカイブルー法などは在宅でも簡単にでき、患者さんにも負担をかけずに交換後の安全が確認できる方法であり、算定を認めるべきである。