

在宅医療を推進するための重点要求

2017年1月26日

厚生労働大臣
塩崎 恭久 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

超高齢社会を迎えたわが国において、国民の多くが住み慣れた地域、自宅で療養を継続したいと願っており、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。悪性腫瘍や慢性疾患、障害をもちながらも、生活の場で療養を継続することが、その人らしいQOLの向上をもたらし、その結果「看取りの場」ともなると考えます。

在宅療養支援診療所（支援病院）に限らず、日夜外来診療にいそしみ、その延長として必要となる「かかりつけ患者」の往診や訪問診療に携わる医師の役割を評価し、在宅医療を担う医療機関を増やすことが在宅医療の充実にむけた必須要件です。

しかし、現在の点数表は複雑な算定要件や不合理な算定制限があり、実際の診療行為を簡潔に反映できません。在宅医療を更に充実させるために、診療現場における具体的な問題点を整理し、改善のために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われる医療補助行為であり、本来、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隨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。
- (3) 脳血管疾患、廐用症候群及び運動器の維持期のリハビリテーションについて、入院外については要介護被保険者等への給付を2018年4月から医療保険から外し、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場合でない限り、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。

＜在宅患者訪問診療料＞

3 在宅患者訪問診療料2の点数を引き上げること。

- (1) 「在宅患者訪問診療料」は、患者一人ひとりに対して計画的な医学管理を行い、診療計画を立て、定期的に訪問して診療にあたることを評価する項目であり、患者の住まいに関わりなく同一の点数とすべきであるにもかかわらず、現行の203点は医師の技術料として余りにも低すぎる。
<参考>同一建物居住者訪問看護・指導料（2人 580点、3人以上 293点）、訪問薬剤管理指導料（300点）、訪問栄養食事指導料（450点）
- (2) 施設入居者への診療は、訪問診療時の対応だけでなく、夜間、休日を問わず、日常的に施設職員からの問い合わせがあり、自宅で療養する患者より手間暇をかけた対応が求められる。
- (3) 厚労省は、複数の入居者をそれぞれ別日に訪問診療すれば、在宅患者訪問診療料1を算定できる、としているが、圧倒的多数の医療機関は、外来診療のかたわら、時間を確保して訪問診療を行っているのが実態で、同一施設に日を変えて訪問することは非現実的である。

4 在宅訪問診療料2を算定する場合に義務付けられた別紙様式14の診療報酬明細書への添付は不要とすること。

- (1) 様式では診療日ごと患者ごとに作成を求めており事務的に煩雑すぎる。
- (2) 要介護度、認知症患者の生活自立度などは在宅患者訪問診療料の算定要件にもなく、診療報酬明細書の提出においては全く不要である。
- (3) 当該患者以外の患者氏名、住所を審査機関を通じて保険者に提出することは個人情報保護の上で問題がある。

5 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。ある厚生局の集団指導では、「往診の翌日に点滴を行っているような場合、当該点滴は往診時に計画したものであり、翌日からは在宅患者訪問診療料で算定すべきである。往診料の算定は認められない。」との指摘がされ、在宅療養支援診療所でない医療機関に混乱が生じている。在宅療養支援診療所以外の医療機関は、往診の翌日の「在宅患者訪問診療料」の算定が認められていないため、このような場合は在宅療養を断念し、当該患者を入院させざるを得ない。在宅療養支援診療所であるかどうかに関わらず、往診の翌日の訪問診療料の算定を認めるべきである。
- (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。
- (4) <具体例> 出血性脳梗塞後遺症で経管栄養を実施している患者で、平成24年より、月1回の訪問診療を実施。平成28年6月1日の訪問診療時に家人より左下肢が真っ黒になっているとの訴えがあり、ASOを疑い、すぐに診療情報提供書を書いて、翌2日に総合病院を受診していただく。しかし、本人も家人も自宅での看取りを希望して帰宅。延命も拒否し、病院で経管栄養チューブも抜去したため、家人から依頼で2日の午後に往診して点滴を実施した。当院は在宅療養支援所ではないため、往診の翌日の訪問診療料の算定は認められないが、患者は末期の状態であり、翌3日からの療養計画を立て、毎日患者に赴いて容態を確認して点滴を継続、14日に死亡した。

<在宅時医学総合管理料（施設入居時等医学総合管理料を含む）>

6 在宅時医学総合管理料と施設入居時等医学総合管理料を一本化すること。

7 在宅時医学総合管理料等について、人数による点数区分を廃止すること。

- (1) 在宅患者に対する医学管理料は、患者の居住場所により在宅時医学総合管理料と施設入居時等医学総合管理料に区分されているが、療養計画や管理内容は、当該患者の居住場所によって異なることはない。
- (2) 単一建物診療患者の人数によって点数が区分されたが、同じ建物に複数の患者がいることによって個々の患者の医学管理内容が変わるものではない。同じ療養を給付しているにもかかわらず、当該患者以外に診療（医学管理）をする患者

がいるかどうか、又その人数が多いかどうかで算定点数が異なるのは不合理である。

- 8 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。
- 9 投薬および創傷処置等の処置の費用の包括をやめること。

在宅時医学総合管理料は、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的な訪問診療と総合的な医学管理を行った場合の評価であり、医学管理の点数に投薬や処置等の費用が包括するのはおかしい。投薬や処置等の費用は出来高算定とすべきである。

＜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) 特掲診療料の施設基準等別表第七及び別表第八の患者は、訪問看護の訪問回数に制限がないが、要介護被保険者等の場合は別表第八に該当するだけでは医療保険の対象とはならない。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も当然医療保険の訪問看護の対象であるべき。
- (2) 現在、地域医療構想の策定が各地ですすめられているが、入院から施設へ、施設から在宅へという流れが加速し、施設や在宅において別表八の特別な管理を必要とする患者がこれまで以上に増えることが予想される。在宅医療を充実させ、在宅でも十分な医療を提供できる体制を構築する必要がある。医療必要度が高く、訪問回数の制限がないこれらの状態の患者の訪問看護は、要介護被保険者等であっても介護保険ではなく医療保険で行うべきである。
- (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、このような形態での訪問看護を認める必要がある。

＜看護師が実施する点滴注射等の薬剤＞

12 医師の診療と指示に基づいて看護師等が実施する皮下・筋肉内注射、静脈内注射、点滴注射について、別に厚生労働大臣が定める注射薬に限らず算定を認めること。

- (1) 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、現状では医師があらためて訪問し、皮下注射、静脈内注射を行わざるをえない。
- (2) 今次改定で、初・再診料及び在宅医療の通則において、保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に看護師等が点滴等を実施した場合の薬剤の費用が、在宅医療の部の薬剤料として算定できることとなったが、同様に主治医の医学的判断に基づいて行わせる皮下・筋肉内注射、静脈内注射に係る薬剤料についても「別に厚生労働大臣が定める注射薬」に限らず算定できることを明確化すること。

＜在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料＞

13 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）の算定は認められているが、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。
- (3) 2015年の介護報酬改定において、訪問リハビリテーション費の通知で別の医療機関の医師からの情報提供に基づいて行う訪問リハビリテーションについて、「別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供（リハビリテーションの指示等）を受けて・・・」（下線部が改定で追加）とされた。介護保険との整合性を取るためにも、医療保険でも診療情報提供料ではなく「訪問リハビリテーション指示料」を新設すべきである。

＜在宅療養指導管理料の通則＞

14 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算定を認めること。

- (1)「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を有する重症患者の在宅療養を否定するものである。
- (2)人工呼吸器を装着している小児患者等に対して在宅療養後方支援病院とそれに連携する医療機関がそれぞれ異なる在宅療養指導管理を行った場合にはそれぞれ在宅療養指導管理料を算定できることとされているが、対象患者や医療機関を限定しうぎである。
- (3)今回の診療報酬改定では、2以上の医療機関が異なった疾患に対する指導管理を行っている場合には、それぞれの医療機関において在宅自己注射指導管理料が算定できることとなった。自己注射に限らず、異なる在宅療養指導管理を複数の医療機関で実施する場合には、それぞれ算定できるようにすべきである。

15 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。

＜在宅自己注射指導管理料＞

16 自己注射の回数による点数設定を廃止すること。

患者に対する指導、効果判定、副作用等に関する管理は、自己注射の回数に関わらず必要であり、患者が行う自己注射の回数で医師が行う指導管理の点数を区分すべきではない。

17 在宅自己注射導入前の教育期間と指導について、在宅自己注射指導管理料の算定要件とはせず、医師の判断により自己注射を開始できることを明確にすること。

在宅自己注射の導入前に、十分な教育期間を取り、指導を行う必要性はそのとおりだが、患者の病態や理解度には個人差がある。入院外で自己注射を導入する際には、導入前に2回以上の指導を行う事が必須とされているが、2回以上の外来、往診若しくは訪問診療による指導をする余裕もなく、著しい高血糖や妊娠糖尿病などで初回の指導日からインスリン自己注射を開始し、自己注射と並行して指導を行わざるを得ない患者もいる。自己注射の導入にあたっての教育期間や指導頻度については、患者の病態や理解度等を勘案して、医師の判断で導入できること。

18 「在宅血糖自己測定指導料」を新設し、インスリン自己注射を行わず、服薬のみの患者に対しても血糖自己測定の費用の算定を年4回程度認めること。

現在、生活習慣病管理料において、インスリン非使用の2型糖尿病の患者に血糖自己測定値に基づく指導を行った場合、年に1回に限り500点の算定が認められているが、継続的に使用できないなどの理由で、実際にはあまり行われていない。しかし、血糖コントロールがなかなか改善していない場合や治療薬を変更した直後などに一定の期間を設けて集中的に血糖を測り、生活習慣の点検、見直し、治療効果の確認などに役立てることは非常に有意義である。

＜在宅寝たきり患者処置指導管理料＞

19 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、吸引を行う重症者がいる。

20 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、消耗品が少なくなっている。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ぬことは困難である。
- (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＞

21 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、褥瘡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い。(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。)

22 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（一般的な褥瘡処置）

- (1) 在宅医療で使用する医療材料等について、特定保険医療材料として償還価格を設定すること。
 - 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）、導尿や喀痰吸引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864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594円のみであり、1回あたり617円（税込み）の持ち出しになっている。
 - ③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無い（1本40～60円）
- (2) 皮膚欠損用創傷被覆材は、moist wound healing～wet dressing法という概念の材料で、感染のない浅めの潰瘍やビランの時に特に有効性が期待できる治療法であり、感染が心配される深い潰瘍のみに適応とするという要件は合目的的ではない。皮下組織に至る褥瘡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) 患家での点滴は、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おり、第二部（在宅医療）の特定保険医療材料に指定すること。

＜胃瘻カテーテル交換法＞

23 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。

＜施設入所者の訪問診療等＞

24 特別養護老人ホーム入所者に対する在宅患者訪問診療料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

- (1) 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、通常の健康管理とは別に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。
- (2) なお、死亡日から遡って30日以内に行われた在宅患者訪問診療料・施設入居時等医学総合管理料の算定について、在宅療養支援診療所・病院の医師でなくとも認めるべきである。

25 短期入所生活介護の利用者に対する在宅患者訪問診療料について、少なくとも以下の状態の患者については利用開始から30日を超えても算定できるようにすること。

- 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

- (1) 今次改定で、短期入所生活介護（介護予防含む）の利用者について、サービス利用開始後30日までの間に限り在宅患者訪問診療料及び施設入居時等医学総合管理料を算定できるとされた。
- (2) 短期入所生活介護は本来30日以内の利用を想定したサービスではあるが、特養待機者が52万人（※2014年3月厚労省発表）を超える中で、実態として短期入所生活介護を長期にわたって利用せざるを得ない患者がいる。30日を超えて利用する患者については、特別養護老人ホーム入所者と同じ取扱いとし、特に通常の健康管理とは別に訪問診療計画に基づく管理が必要となる①②の患者については、在宅患者訪問診療料等を算定できるようにすべきである。

26 小規模多機能型居宅介護又は複合型サービス（宿泊サービスに限る）を受けている患者について、サービス利用開始後 30 日に限って在宅患者訪問診療料及び在宅時医学総合管理料を算定できるとした取扱いを廃止し、従前の取扱いに戻すこと。

- (1) 小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスにおける宿泊サービスは、本来、介護をする家族等のレスパイトケア等を想定した一時預かりサービスではあるが、現実的には長期入所が必要であるにもかかわらず適切な施設に空きがない等の理由から、長期間にわたって当該宿泊サービスを利用せざるを得ない患者がいる。
- (2) 介護の受け皿不足等のため、当該宿泊サービスを長期間にわたって利用せざるを得ない患者であっても、自宅等で療養する患者と同じく、定期的な訪問診療や医学管理を必要としている。そのような患者に対して訪問診療等の日数制限を設けるべきではない。
- (3) 小規模多機能居宅介護の通いサービスや訪問サービスを利用しつつ外来受診していた患者が、新たに宿泊サービスも利用することになった。この場合、状態の悪化等で通院困難な状態であったとしても、宿泊サービス利用開始前 30 日以内に在宅患者訪問診療料等の算定がなく、当該宿泊サービス利用中に訪問診療料が算定できない事態が生じている。
- (4) 2015 年の介護報酬改定において、小規模多機能型居宅介護費に「看取り連携体制加算」が新設されており、対象患者については、当然、保険医療機関からの訪問診療が必須となる。当該施設を看取りの場としても認めるのであれば、在宅患者訪問診療料の算定を利用開始から 30 日以内に制限するということは誠に不合理といえる。

27 特別養護老人ホーム以外の「特定施設」についても、医師の指示に基づき、当該施設の看護師等が点滴又は処置等を実施した場合の薬剤料、特定保険医療材料、及び施設の看護師等が検体採取した場合の検体検査実施料が算定できることを明確化すること。

- (1) 今次改定で、初・再診料、在宅医療及び検査の通則において、保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が点滴又は処置を実施した際の薬剤・特定保険医療材料及び検査のための検体採取を行った場合の検体検査実施料が算定できることになった。また、特養をはじめとした配置医師のいる施設は、通知「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」により、当該施設の看護師等が行った点滴又は処置等における薬剤料、特定保険医療材料、検体検査実施料が算定できる。
- (2) 介護保険で医師又は看護師の配置が義務付けられている「特定施設」は、介護保険の訪問看護は行えず、医療保険の訪問看護も「医療保険と介護保険の給付調整」により制限を受けている。訪問看護が制限されている「特定施設」については、特別養護老人ホーム等に限らず、施設の看護師等による点滴や処置等が必要なケースがあり、薬剤料、特定保険医療材料料、検体検査実施料が算定できることを明確化すべきである。