

【医科】北信越ブロック在宅医療厚労省懇談 4 点の重点項目で意見交換

北信越ブロックでは、6 月 24 日、在宅医療に関する厚労省との懇談を行った（本紙 1 面参照）。要望項目は全 33 項目と広範にわたるため、重点

項目を 4 点に絞って意見交換を行った。要望項目と意見交換の要旨を紹介する。
※以下、○で始まる太字が北信越ブロックの要求項目

（1）同一建物居住者、単一建物診療患者数による減算について

○在宅患者訪問診療料（1）の「1」の口（同一建物居住者の場合）の点数を引き上げること

○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

厚労省：在宅医療は担い手が少なかったため、累次の改定において診療報酬の引き上げを行い、推進を図ってきた。一方で、高齢者施設が患者を紹介し、医療機関が患者紹介料を支払い、通院困難ではない患者を含めて過剰な訪問診療を行うといった不適切な事例が中医協でも指摘されている。適切な評価のさらなる推進の観点から、建物内の患者数によって緩やかに減算する報酬区分にするとともに、重症な患者への高い評価を設ける見直しを行ってきた。

北信越：不適切な事例を取り上げて、それをなくすために点数を下げるのは、多くの真面目にやっている医療機関にとって不利益。不適切な事例が発生したら個別指導等で指導すればいい。ペナルティのように点数を下げる以外の方法はないのか。そもそも、厚労省では不適切な事例やその頻度を把握しているのか。

厚労省：当時の中医協の議論の中でそういった事例があると指摘があり、それを踏まえて議論されてきた。現在、具体的に不適切な事例がどれくらいあるかは答えできない。点数は単純に引き下げたわけではなく、重症者やターミナルケアの評価を高くするなどしてきた。より質の高い在宅医療の確保のために、こういった報酬のあり方がいいのか、引き続き検討していく。

（2）複数の在宅療養指導管理を行っている場合の取扱い

○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

○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

厚労省：在宅の訪問診療料等については、医師の指導管理の下に、継続的に行われる訪問診療を評価した診療報酬になっている。一人の患者に一つの医療機関が算定することを原則にしている。一方で、平成 30 年度改定では、条件付きで主治医の依頼を受けた別の医療機関が訪問診療を提供可能とした。指導管理料を複数の医療機関で、あるいは同一患者に複数の管理をした場合にそれぞれ算定できるように、ということについては、そもそも在宅医療がどうあるべきかということと併せて検討していく必要がある。

北信越：在宅療養指導管理料については、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行って算

定するとされていて、複数の指導についてこれらを十分に行っても、1 つしか算定できない。北信越ブロックのアンケートでもそのことについ

て改善してほしいとの意見がある。在宅医療を実施するに当たり、その原資たる診療報酬でしっかり評価をされていないことには、患者さんの受ける医療の質にも直接影響する。2 つ指導した場合に両方認めると財政的な問題があるというなら、せめて 2 つ目の指導料は減算という形で検討してほしい。

（3）在宅自己注射指導管理料関連

○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

厚労省：在宅自己注射の教育期間、指導に関しては、患者ごとの特性などに応じ医師による適切な指導管理を徹底する必要がある。中医協の議論を経て、このような規定を設けている。

北信越：例えば G L P－1 製剤では、消毒して器具を当てて押すだけというような、非常に簡単なデバイスもある。これに 2 回以上の訓練が必要だと思ふか。

厚労省：製剤によって指導の手間や必要な指導回数が違うということについ

ては、先生方からのご意見も踏まえて管理料の在り方と併せて、引き続き検討していきたい。

北信越：北信越ブロックのアンケートでも、著しい高血糖ですぐインスリン注射を始める必要があると医師が判断している場合でも、2 回の指導により導入までのタイムラグが生じて患者が不利益を被るとの指摘がある。こういう事例もあるので、要件をつけて 1 回目から開始できる方向も検討していただきたい。

○在宅自己注射指導管理料の導入初期加算について、一般的名称の変更で算定できる従前の取扱いに戻すこと

厚労省：導入初期加算は、新たに在宅自己注射を導入した患者に対する指導の評価であり、令和 2 年度改定で、算定できる場合を明確化した。

北信越：インスリンでも速効、持続、混合とあり、超速効性というもある。同じインスリンであっても指導の仕方が全く違うが、これに対して全く評価がないのはおかしい。

厚労省：加算の趣旨は、新たに自己注射を導入する患者への指導の評価。一方で、同じ告示で示される、例えばインスリン製剤でも全く違うものが出てきている、というご意見だと思う。現場の意見も踏まえ、中医協において薬剤ごとの必要性に応じて検討していきたい。

○「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認めること

厚労省：保険適用にするかどうかの検討に当たっては、関係学会等においてデータやエビデンスを集積・蓄積して検討し、安全性・有効性の確認などが必要と考えている。

（4）特養入所者の訪問診療料

○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

厚労省：特別養護老人ホーム等の施設入所者に行われた医療サービスが、医療保険、介護保険のどちらから給付されるかは給付調整で決まっている。特別養護老人ホームでは入所者に対して必要な健康管理、療養上の指導を行うために医師を配置する必要がある。基本的には特別養護老人ホームにおける医学管理にかかる費用は、介護報酬から評価をすることになっている。一方

で、今回のような意見もあるということで引き続き議論していきたい。

北信越：医学的管理については介護報酬では評価はされていない。日常的な健康管理は確かに嘱託契約の中で嘱託医がやると思うが、具体的な疾患に対

する医学管理については、やはり診療報酬で評価すべき。現に、末期がんの方や亡くなる前 30 日間のターミナルの方については、訪問診療が認められていて、必要性は厚労省の方も認識されていると思

う。要望の①②は、原則として週 3 回という訪問診療の縛りを超えた、4 回以上の訪問診療が必要な病態の患者については診療報酬で見るべきではないかという要望なので、ぜひ前向きに検討していただきたい。

（5）その他（回答のみ）

○他の医療機関からの依頼で訪問診療を行った場合の、在宅患者訪問診療料（1）の「2」について月 1 回のみ及び原則 6 か月までとする算定制限を廃止すること

厚労省：平成 30 年度の改定で、主治医の依頼を受けた医療機関が訪問診療を 6 か月間まで提供可能とした。さらに、令和 2 年度の改定において、要件を満たせば 6 か月を超えても算定できるといった見直しをした。引き続き中医協において検討していきたい。

○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

厚労省：具体的に必要とする患者の病態等、現場の声や検証調査等を踏まえて検討したい。

○在宅ターミナルケア加算に設定されている酸素療法加算について、実勢価格に応じた点数とすること

厚労省：平成 30 年度の改定にて、評価を新設した。今回指摘された実勢価格に応じた点数とするとといった見直しについては中医協にて検討したい。

○往診料にも在宅患者訪問診療料と同様に看取り加算を新設すること

厚労省：頂いている要望等については、引き続き議論していきたい。

○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

厚労省：在宅自己注射の対象となる注射薬は、中医協で個別に議論している。看護師等が実施する注射の薬剤の追加は、在宅自己注射指導管理料の対象薬剤の追加と同様に、個別の項目について、中医協において一つ一つ安全性や意見等を踏まえて検討する。



仲介の杉尾議員による挨拶



厚労省の川嶋主査