

在宅医療を推進するための重点要求

2023年2月9日

厚生労働大臣
加藤 勝信 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（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が増える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多く、実際の診療行為を簡潔に反映できません。そのことが在宅医療への参入又は継続の障壁となっております。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より提案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) 介護保険の支給限度額管理の下で、他の介護サービスより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いる。
- (3) 脳血管疾患、廃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が2019年4月より医療保険から外され、介護保険給付とされた。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 訪問診療又は往診と訪問看護・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。
- (3) 医療機関の訪問診療又は往診と、当該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認めていないが、特別の関係の有無によらず必要な医療が提供できるよう、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Ⅰの「1」のロ（同一建物居住者）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。まして現行の点数は医師の技術料として余りにも低すぎる。
＜参考＞訪問診療料Ⅰの「1」のロ（213点）、同一建物居住者訪問看護・指導料（2人580点、3人以上293点）、訪問リハビリテーション指導管理料（同一建物居住者の場合255点）
- (2) 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Ⅰの「1」のイを算定できる、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 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Ⅰの「2」について月1回のみ及び原則6カ月までとする算定制限を廃止すること。

在宅時医学総合管理料等を算定する他の医療機関からの依頼により訪問診療を行った場合に、在宅患者訪問診療料Ⅰの「2」（月1回、6カ月）が算定できるとされている。しかし、月1回及び原則6カ月までという算定制限により、継続的に複数の専門医による管理が必要な患者の在宅療養の継続に支障が生じている。

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・病院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」と、計画的に訪問する「訪問診療」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た取扱いに改める必要がある。
- (3) 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・病院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・病院以外の医療機関は、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、このような場合は再診料のみの算定といった対応を取らざるを得ない。在宅療養支援診療所・病院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。

6 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。

終末期の患者が自宅で最期を迎えるために退院する際は、看取りまで往診のみで対応することがある。事前に患者又は家族等に対し療養上の不安等を解消するための十分な説明を行っても、在宅患者訪問診療料の算定がないため、看取り加算（3,000点）を算定できず、往診料の死亡診断加算（200点）しか算定できない。

＜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）＞

7 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。

8 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ているが、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わけではない。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。

9 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。

10 投薬及び創傷処置等の処置の費用の包括をやめること。

- (1) 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されるのは不合理である。投薬や処置等の費用は出来高算定とすべきである。
- (2) 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。

＜在宅患者訪問看護・指導料＞

11 要介護被保険者等の患者であっても、訪問回数の制限を受けない別表第八に掲げる患者については、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（難病等）の患者は、訪問看護の訪問回数の制限がなく、要介護被保険者等であっても医療保険の訪問看護の対象となる。別表第八の患者についても、標準的な医療ニーズを上回る状態であるため訪問看護の訪問回数に制限はないが、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第八の患者についても医療保険の訪問看護の対象であるべき。
- (2) 入院から施設へ、施設から在宅へという流れが今後も続き、施設や在宅（サ高住、有料老人ホーム等を含む）において別表第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。訪問看護はすべて医療保険とすべきであるが、せめて医療必要度が高く、訪問回数の制限がない別表第八の患者は、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。

12 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り、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>

13 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。

初・再診料及び在宅医療の通則において、医師の指示に基づき、当該医師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とされているが、対象薬剤を限定する取扱いはやめるべきである。外来では使用できるが在宅では認められない注射薬がある場合は、「在宅医療では算定できない注射薬」を定める方法（ネガティブリスト）として、それ以外の注射薬は主治医の医学的判断で看護師等に指示した場合でも算定できるようにすべきである。

14 医師の指示に基づき、当該医師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場合の薬剤料、特定保険医療材料料、及び検体採取した場合の検体検査実施料の算定について、施設に配置されている看護師等が行った場合も含まれることを明確化すること。

- (1) 医科点数表の初・再診料、在宅医療及び検査の通則において、医師の指示に基づき、当該医師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とされている。
- (2) 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」で規定されている配置医師のいる施設は、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、検体採取した場合の検体検査実施料が算定できるとされている。
- (3) 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」では、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るが、上記(2)の通知の対象ではないため、施設看護師等による点滴・処置等における薬剤料、特定保険医療材料料、検体検査実施料の取扱いが不明確である。
- (4) 施設入居時等医学総合管理料の包括的支援加算は、「介護保険の特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態」の者も算定対象者としており、施設看護師等による処置等が実施されることを前提としているはずである。特定施設の看護師等が点滴又は処置を行った場合の薬剤料や特定保険医療材料料、検体採取した場合の検体検査実施料は、初・再診料、在宅医療、検査の通則により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>

- 15 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は通院困難な患者であることのみを要件とし、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。

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、訪問診療を実施する医療機関において医師の診療のあった日から1カ月以内に行われた場合に算定するとされている。また、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も、訪問診療を実施する医療機関からの診療情報提供料（I）の算定が前提となっている。

しかし、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「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。

- 16 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カ月を限度）を新設すること。

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。

<在宅療養指導管理料の通則>

- 17 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) 現在は、「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) 2018年度診療報酬改定で、他の医療機関からの依頼により訪問診療を行う場合の在宅患者訪問診療料Iの「2」が新設され、専門の異なる複数の医師が関わって在宅患者の療養を支えていくことが可能となった。しかし、主治医がすでに何らかの在宅療養指導管理を行っている場合、依頼された専門医（Iの「2」を算定する側）は紹介月を除いて在宅療養指導管理料が算定できず、これでは重症患者の在宅での療養は継続できない。

(3) また、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すぎている。

(4) 在宅自己注射指導管理料については、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とされている。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。

- 18 同一の医療機関において、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・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。

＜在宅療養指導管理材料加算の通則＞

19 注入ポンプ加算について、異なる指導管理のために複数の注入ポンプを使用した場合はそれぞれ算定できるようにすること。

- (1) 中心静脈栄養と悪性腫瘍に対する鎮痛療法や、中心静脈栄養と経腸栄養ポンプ等、2台の注入ポンプを使用する場合がある。しかし、在宅療養指導管理材料加算の通則にて「月1回に限り算定する」と規定されていることから、注入ポンプ加算は1回しか算定できず、1台分の注入ポンプの費用は医療機関の持ち出しとなっている。
- (2) 例えば、レンタルの場合に1か月にかかる費用は、中心静脈栄養の注入ポンプは約6,000円、末期悪性腫瘍に対する鎮痛療法の注入ポンプが約8,000円＋カセット代が約1万円（1個約3,000～4,000円）であり、2台使用すると1,250点ではまかなえない。

＜在宅自己注射指導管理料＞

20 在宅自己注射指導管理料における、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。

21 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。

- (1) 在宅自己注射指導管理料は、入院以外では導入前に2回以上の指導を行うことが要件とされている。しかし、著しい高血糖や妊娠糖尿病などにより、2回以上の指導をする余裕もなく、初回の指導日からインスリンの自己注射を開始しなくてはならない患者が一部存在する。この場合に薬剤の処方や注入器の給付と併せて在宅自己注射指導管理料及び血糖自己測定器加算、持続血糖測定器加算、注入器加算、注入器用注射針加算が算定できない事態が生じている。
- (2) また、近年のデバイスの進化は著しく、使用方法が簡便化したことによって、1回の指導で十分実施可能と判断できるケースもある。患者の理解度には個人差があるため、2回以上の時間をかけた指導が必要な場合もあるが、その判断はあくまでも患者の理解度によってはかれるべきである。実際の理解度を無視して指導回数が固定化されているために、本来不必要な診療が生じることもある。
- (3) 自己注射の導入前に十分な教育期間と指導を行うことを原則としつつ、患者の病態や理解度等を勘案し、医師が必要と認めた場合には、初回の診察時から在宅自己注射指導管理料が算定できるようにすること。

22 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。

- (1) 2020年度診療報酬改定にて、導入初期加算の変更時の算定は別表第9に掲げる注射薬に変更があった場合に限られることとなった。しかし、同じインスリン製剤でも、速効型、持続型、混合型等により自己注射の実施、血糖自己測定のタイミングが異なり、改めて指導が必要となる。
- (2) インスリン製剤の自己注射では、患者の状態やライフスタイルの変化により、選択すべき薬剤も変更になる。例えば、持続型インスリン1回注射だった患者が血糖コントロール不良となり、各食前の速効型インスリン注射が必要となる場合がよく発生する。この場合、食直前の注射タイミングの説明を含め、シックデイでの食事量が減った時の対応など追加指導が改

めて必要となる。たとえ同じ持続型もしくは速効型のインスリンの中であっても製剤が違えば作用パターンが変化するため、導入初期と同様に厳重な患者観察と指導が必要となることから、一般的名称の変更で算定できる従前の取扱いに戻すべきである。

23 「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。

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点の加算算定が認められているが、継続的に算定できないなどの理由で、実際にはあまり算定されていない。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、認知症などにより自己注射を導入できない患者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。

<在宅酸素療法指導管理料>

24 在宅酸素療法指導管理料の算定対象に、酸素療法が必要な末期の悪性腫瘍の患者を追加すること。

- (1) 在宅酸素療法指導管理料の対象は、高度の慢性呼吸不全例や慢性心不全等とされているが、末期がんに伴う呼吸不全で在宅酸素療法を必要とする患者も対象とすべき。
- (2) 在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算に設けられている酸素療法加算は、悪性腫瘍患者の死亡月に在宅酸素療法を行った場合に2000点が算定できるとされている。しかし、在宅酸素療法を行う場合、使用機器の設置等については医療機関から業者に依頼することになり、現状、業者への支払は月額で3万円～3万5,000円ほどとなっており、酸素療法加算では必要な機器等の費用を診療報酬でカバーできていない。
- (3) 酸素療法加算では必要な機器等の費用も賄えず、在宅酸素療法指導管理料の対象にもならないとしたら、在宅で終末期を迎えようとする患者が呼吸困難等で酸素療法を行うためには入院せざるを得ないという矛盾が生じる。これらの問題を速やかに解決するためにも、在宅酸素療法指導管理料の対象疾患に酸素療法が必要な末期の患者を追加すること。

<在宅寝たきり患者処置指導管理料>

25 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。以下の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。
 - ① 栄養管：1本約100～150円（週2～3回交換）
 - ② ボタン型胃瘻の接続チューブ：1本約2,000～2,500円（月1回交換）
 - ③ フィーディング・アダプタ：1個約2,500円
 - ④ イルリガートル（ボトル）：1個500円
- (3) 近年、半固形化栄養剤が普及しており、半固形化栄養剤用の注入バッグ（1個6,000～7,000円）を必要とするケースも増えている。在宅半固形化栄養剤経管栄養法指導管理料が設定されて

いるが、対象は胃瘻造設1年以内の患者で、しかも算定は1年に限るとされている。対象患者とならない場合は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定せざるを得ず、材料は全て医療機関負担となる。

- (4) 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>

26 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。
(2008年度診療報酬改定より前は処置料の算定はできなくても処置の項で特定保険医療材料の算定は認められていた。)

27 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適正な価格で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) 在宅での使用頻度が高い医療材料等のうち、保険請求できない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。
- 例) 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、保険請求できるのは、特定保険医療材料として規定されている膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルのみであり、蓄尿バックは医療機関の持ち出しとなっている。
- 例) 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) 医科点数表第2章第2部「在宅医療」の特定保険医療材料のうち、皮膚欠損用創傷被覆材について、真皮に至る褥瘡に対しても算定できるようにすること。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ピ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理的ではない。皮下組織に至る褥瘡に限定せずに「在宅医療」の特定保険医療材料として算定できるようにすること。
- (3) プラスチックカニューレ型静脈内留置針について、2020年度診療報酬改定にて特定保険医療材料から外された。特定保険医療材料に戻すとともに、「在宅医療」の特定保険医療材料にも追加すること。

<胃瘻カテーテル交換法>

28 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合理で

ある。

- (2) 胃瘻カテーテル交換法（点数表では J043-4 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法）の算定にあたり、交換後に画像診断又は内視鏡による確認が要件とされて以来、確認用の器材を持たない医療機関では在宅で胃瘻カテーテルを交換しても材料料さえ算定できない。そのため、内視鏡による確認等が可能な病院への胃瘻カテーテル交換の依頼が増え、病院の負担が非常に大きくなっている。また、交換時の患者の移送も家族や医療・介護従事者の負担となっている。
- (3) 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。
- (4) 厚労省ホームページに掲載されている「特定行為に係る手順書例集」（平成 27 年度看護職員確保対策特別事業「特定行為に係る手順書例集作成事業」（実施団体：公益社団法人全日本病院協会）において作成）における、胃ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換の手順書では、特定行為を行うときに確認すべき事項に「胃内容物の逆流の確認」（スカイブルー法）が入っており、確認できない場合は速やかに医師に報告することとされている。スカイブルー法は胃瘻カテーテル交換後の安全確認として厚労省も認めている確認方法であり、算定を認めるべきである。

<施設入所者の訪問診療等>

29 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算定を認めること。

- (1) 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算定は、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しか認められていない。
- (2) 特別養護老人ホームの入所に際して、原則として要介護 3 以上とするなどの基準が導入され、入所者の医療ニーズは高まっている。にもかかわらず、入所者に対する診療報酬上の算定制限は長年放置され、配置医師の引き受け手が見つからない等の問題も起きている。また、規制改革実施計画（令和 4 年 6 月 7 日閣議決定）でも特養入所者の医療ニーズへの対応について検討することが求められている。配置医師に求められる健康管理と療養上の指導は、個々の患者の疾病に対する治療上必要な診察等まで含むものではないことを明確にし、配置医師であっても初・再診料や訪問診療料の算定を認めるべきである。
- (3) 配置医師の専門外の傷病については、配置医師以外の医師による往診料等は認められているが、訪問診療料は認められていない。配置医師から診療を依頼された医師が、定期的に施設に赴いて診療を行う必要がある場合に、在宅患者訪問診療料の算定を認めるべきである。

30 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) 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ている。
- (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、特養待機者が要介護 3～5 で 25.3 万人、さらに特例入所対象者（要介護 1 又は 2）で入所待機中が 2.2 万人（※2022 年 12 月厚労省発表）とされる中で、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。

31 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、以下の取扱いを廃止し、自宅と同様の取扱いとすること。

①サービス利用開始後 30 日に限って在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料及び在宅患者（同一建物居住者）訪問看護・指導料を算定できるとした取扱い

②サービス利用開始前 30 日以内の訪問診療料等の算定を必要とする取扱い

- (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。末期の悪性腫瘍の患者に限らず、訪問診療等の日数制限を設けるべきではない。
- (3) 2015 年度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、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。
- (4) 2020 年度診療報酬改定で、退院日から宿泊サービスを利用する場合については緩和されたが、宿泊サービス利用開始前 30 日以内の訪問診療料等の算定要件も廃止すべきである。小規模多機能型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。

32 介護老人保健施設入所者に対して投薬及び注射の費用を出来高で算定できるようにすること。

- (1) 介護老人保健施設入所者については、別に厚生労働大臣が定める薬剤以外の投薬・注射に係る費用は算定できないとされているが、近年は抗悪性腫瘍剤等以外にも高額な薬剤が増えており、施設の薬剤費負担が過大となっている。施設が薬剤費の持ち出しを避けようとするれば、これらの薬剤が必要な患者は入所できないか、必要な薬剤の投与を受けられないことになり、患者の受療権が侵害され、重大な人権侵害になりかねない。
- (2) アンケートではサムスカ、抗パーキンソン薬、抗凝固薬等を服用している場合に、老健入所のために投薬の中止を求められるケースが多かった。老健入所前にこれらの治療を受けていた患者が、老健に入所すると治療を続けられなくなる。
- (3) 病院から施設、在宅への流れの中で、急性期病院を退院後に直接在宅へ帰ることができず、老健等の施設を経て在宅へ移行する患者が増えている。急性期病院で使用していた高額な薬剤を投与されたまま、施設へ入所する患者の薬剤費負担が施設に重くのしかかっている。