

各論 ②

在宅復帰の促進と在宅生活を支援する医療機関の充実

中村哲生

医療法人社団南星会 事務長

# 「機能強化型」の導入により 名ばかり在宅は淘汰される！

患者数や看取りなどの実績を重視した評価体系へ

在宅医療は地域包括ケア体制の確立に向けて、さらなる拡充が求められる領域だ。2012年度診

表1 機能強化型在支診・在支病の施設基準

- ① 従前の在支診・在支病の要件に以下を追加する。
  - イ 所属する常勤医師3名以上
  - ロ 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
  - ハ 過去1年間の看取り実績2件以上
- ② 複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
  - イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
  - ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
  - ハ 連携する医療機関数は10未満
  - ニ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

療報酬改定でも「地域生活を支える在宅医療等の充実」が重点課題に位置づけられ、報酬の面からも政策的な誘導が図られている。

最も大きなトピックは、新たに「機能を強化した在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院（以下、機能強化型在支診・在支病）」が導入されたことだ（表1）。この背景には、実際に在宅での看取りを行っている在支診・在支病は届出数の半分以上にも満たないことがある（10年度の在支診届出数1万2487のうち看取り数1人以上は5833。在支病も同様に、届出数3331に対し、看取り実績ありは130のみ）。在支診・在支病の届出をしているにもかかわらず実績のない名ばかりのところと、実際に在宅患者を支える取り組みを行っているところとの差別化を図る意向がある。機

表2 在宅時医学総合管理料

| 現行                       | 改定案                         |
|--------------------------|-----------------------------|
|                          | 機能を強化した在支診・在支病<br>病床を有する場合  |
|                          | イ 処方せんを交付する場合<br>5,000点(新)  |
|                          | ロ 処方せんを交付しない場合<br>5,300点(新) |
|                          | 病床を有しない場合                   |
|                          | イ 処方せんを交付する場合<br>4,600点(新)  |
|                          | ロ 処方せんを交付しない場合<br>4,900点(新) |
| 在支診・在支病                  | 在支診・在支病                     |
| イ 処方せんを交付する場合<br>4,200点  | イ 処方せんを交付する場合<br>4,200点     |
| ロ 処方せんを交付しない場合<br>4,500点 | ロ 処方せんを交付しない場合<br>4,500点    |

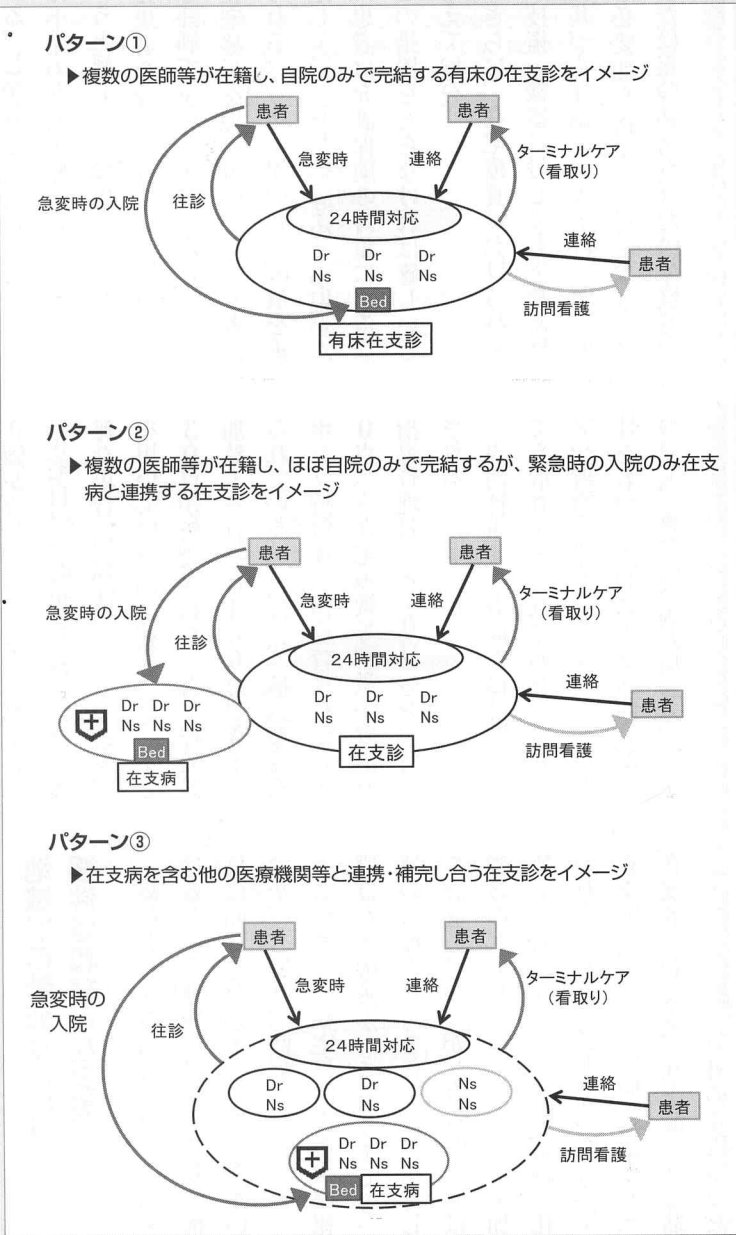
機能強化型以外の在支診・在支病は点数が据え置きとなっているが、次回以降引き下げられることは間違いない。

機能強化型在支診・在支病の創設には、地域包括ケア体制のなかで在宅医療を担うことのできる機

能を有している医療機関であるか否かを判断する、いわば「踏み絵」的要素があると考えられる。在支診・在支病として患者や地域のケアマネジャー、介護施設などから選ばれたる医療機関になるためには、機能強化型への手上げが必須だ。

病院として着目すべきは機能強化型在支診・在支病の点数が病床の有無によって分けられているところだ（表2）。これは、病院に積極的に在宅医療を担ってほしいというメッセージだろう。特に在支診の数も多くないような地方にある100床程度の病院にとっては、在宅医療とその後方支

図 機能強化型在支診・在支病のめざすべきイメージ



援の機能を担っていくことがこれからの生き残りのカギとなるだろう。機能強化型在宅支診・在支病の施設基準に関しては、複数の医療機関が連携して要件を持たすことも可とされているが(図)、これについては不明点も多い。たとえば、「患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う」ことが要件となっているが、A・B・C3つの医療機関が連携して、A医師の患者をその日オンコール番だったB医師が往診し看

取った場合、B医師は死亡診断書を書くことができるのか。これまでには普段から診療している医師だからこそ在宅での死亡も異常死として取り扱わずに死亡診断書を書くことができたが、こうした部分はどうクリアしていくのか。

このほか、気になっているのが常勤医師3人以上という要件。医療法第18条により、常勤医師が3人以上いる場合は専属薬剤師の設置が必要とされている。1つの医療機

関のみで要件を満たそうとする場合、診療所などでは医師を増員することも考えられるが、それに合わせてすぐに薬剤師まで採用することは厳しい。しかし、保健所などは3人に増員後、ただちに薬剤師を配置せよ、と求めてくる。こうした状況について、どう考えていくべきかという問題もある。

機能強化型在宅支診・在支病については、診療報酬以外の各種法律との兼ね合いなど現時点では不明

な点も多いので、疑義解釈やQ&Aなどに注目しておきたい。

**専門性高い在宅医療の評価拡大  
訪問看護でも同様の傾向**

これまでに増して「在宅へ」の流れが加速するため、在宅医療に求められる領域は増えており、在宅を担う医療機関はそれに見合う専門性を高める必要がある。そのため、今回の改定では在宅での高度医療を評価する傾向が強まっている。

在宅療養指導管理料関係では、前回設けられた「在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料」が500点から1000点へと引き上がり、さらに対象には水痘型先天性魚鱗癬様紅皮症も加わった。また、経管栄養法を行っている小児患者に関する指導管理を評価する「在宅小児経管栄養法指導管理料」(1050点)が新設され、注入ポンプ加算および経管栄養法用栄養管セット加算の算定対象も在宅小児経管栄養法まで拡大された。

小児の在宅医療に関しては、前回新設された「在宅患者訪問診療料」の乳幼児加算が200点から400点に引き上げられるなど、さらなる充実を図る方針が示されて

表3 在宅ターミナルケア加算

| 現行   | 改定案                                  |
|--|--------------------------------------|
|  | 機能を強化した在宅・在支病                        |
|  | 病床を有する場合                             |
|  | ターミナルケア加算 6,000点(新)                  |
|  | 看取り加算 3,000点(新)                      |
|  | 病床を有しない場合                            |
|  | ターミナルケア加算 5,000点(新)                  |
|  | 看取り加算 3,000点(新)                      |
| 在宅・在支病 10,000点   | 在宅・在支病                               |
|  | ターミナルケア加算 4,000点(新)                  |
|  | 看取り加算 3,000点(新)                      |
| 在宅・在支病以外 2,000点  | 在宅・在支病以外                             |
|  | ターミナルケア加算 3,000点(新)                  |
|  | 看取り加算 3,000点(新)                      |
| [算定要件]   | [算定要件]                               |
| 在宅・在支病   | 在宅・在支病(機能強化型を含む)                     |
| 死亡日前14日以内に2回以上の往診または訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に往診または訪問診療を行い当該患者を看取った場合(往診または訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。) | 死亡日および死亡日前14日以内に2回以上往診または訪問診療を実施した場合 |
|  | 看取り加算                                |
|  | 事前に患者の家族等に対して十分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合  |
| 在宅・在支病以外   | 在宅・在支病以外                             |
|  | ターミナルケア加算                            |
| 在宅で死亡した患者(往診または訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。)に対して死亡日前14日以内に2回以上の往診または訪問診療を実施した場合                      | 死亡日および死亡日前14日以内に2回以上往診または訪問診療を実施した場合 |
|  | 看取り加算                                |
|  | 事前に患者の家族等に対して十分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合  |

以外での4段階で設定されている。一見すると、合計の点数は改定前より下がっているが、要件を細かく見ていくと、「死亡日および死亡日前14日以内に2回以上往診または訪問診療を実施した場合」(ターミナルケア加算)、「事前に患者の家族等に対して

十分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合」(看取り加算)となっており、実質、緩和されている。今回の変更は、以前から在宅医療に積極的に取り組む、一定数の看取りを行ってきた在宅・在支病には大きな影響はない。狙いは、看取りだけでなく、ターミナルのプロセスも評価することで、これまで行ってきた医療機関を誘導するところにあると考えられる。訪問看護でも同様に、「死亡日前14日以内に2回以上の訪問」の要件における2回目には、死亡日も含まれることが明示されている。また、特養での看取りを推進すべく、配置医師と在宅・在支病といった外部の医師が連携して看取りを行ったことに対する評価が行われる。疾患に限らず、死亡日からさかのぼって30日に限り医療保険の給付の対象となるため、在宅・在支病の医師による訪問診療が算定可能になる。ただ、「配置医との連携」がどんな内容を指しているのか現時点ではわからないので、判断が難しい。

さらに、在宅療養における特定の技術・機器に対しても実勢価格に基づく評価の引き上げ、医学的な必要性を踏まえた対象の拡大、新たに保険適用された医療機器の

専門性重視の方向性は訪問看護でも取り入れられており、緩和ケアや褥瘡の処置・ケアについて専門性をもつ看護師による訪問診療について、新たに評価が加わる。

在宅・在支病、在宅・在支病以外の4段階で設定されている。一見すると、合計の点数は改定前より下がっているが、要件を細かく見ていくと、「死亡日および死亡日前14日以内に2回以上往診または訪問診療を実施した場合」(ターミナルケア加算)、「事前に患者の家族等に対して十分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合」(看取り加算)となっており、実質、緩和されている。

今回の変更は、以前から在宅医療に積極的に取り組む、一定数の看取りを行ってきた在宅・在支病には大きな影響はない。狙いは、看取りだけでなく、ターミナルのプロセスも評価することで、これまで行ってきた医療機関を誘導するところにあると考えられる。訪問看護でも同様に、「死亡日前14日以内に2回以上の訪問」の要件における2回目には、死亡日も含まれることが明示されている。また、特養での看取りを推進すべく、配置医師と在宅・在支病といった外部の医師が連携して看取りを行ったことに対する評価が行われる。疾患に限らず、死亡日からさかのぼって30日に限り医療保険の給付の対象となるため、在宅・在支病の医師による訪問診療が算定可能になる。ただ、「配置医との連携」がどんな内容を指しているのか現時点ではわからないので、判断が難しい。

いる。しかし、この点数のみで新たに小児の在宅医療に乗り出すかという点で難しい。以前から一定数の小児患者を受け入れていた医療機関を評価することで、NICUからの在宅移行を促す狙いがあると考えられる。今後小児の在宅医療を推進していくならば、せめて小児がんの患者は介護保険の対象にするなどの措置をとらなければ難しいと考えている。

評価が行われる。一例を挙げると、「在宅自己注射指導管理料」は、複雑な場合(間歇注入シリンジポンプを用いている)の点数として、1230点が新設された。人工呼吸器加算もそれぞれ480点引き上げられている。このほか「植込型輸液ポンプ持続注入指導管理料」(810点)、「在宅振戦等刺激装置治療指導管理料」(810点)などが新設される。

地域での看取りに向け要件緩和などを実施

高齢者が住み慣れた場で生活を送るといふ地域包括ケア体制の構築に向けて欠かすことができないのが、看取りの問題だ。

これまで、在宅に関する診療報酬は在宅療養から看取りまでの一連の診療すべてを行うことに対して評価していたが、今次改定では表3のとおり、「ターミナルケア加算」と「看取り加算」の2つに細分化された。点数も機能強化型在宅・在支病(病床あり)、同(病床なし)、在宅・在支病、在宅・在支病以外の4段階で設定されている。一見すると、合計の点数は改定前より下がっているが、要件を細かく見ていくと、「死亡日および死亡日前14日以内に2回以上往診または訪問診療を実施した場合」(ターミナルケア加算)、「事前に患者の家族等に対して十分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合」(看取り加算)となっており、実質、緩和されている。

今回の変更は、以前から在宅医療に積極的に取り組む、一定数の看取りを行ってきた在宅・在支病には大きな影響はない。狙いは、看取りだけでなく、ターミナルのプロセスも評価することで、これまで行ってきた医療機関を誘導するところにあると考えられる。訪問看護でも同様に、「死亡日前14日以内に2回以上の訪問」の要件における2回目には、死亡日も含まれることが明示されている。また、特養での看取りを推進すべく、配置医師と在宅・在支病といった外部の医師が連携して看取りを行ったことに対する評価が行われる。疾患に限らず、死亡日からさかのぼって30日に限り医療保険の給付の対象となるため、在宅・在支病の医師による訪問診療が算定可能になる。ただ、「配置医との連携」がどんな内容を指しているのか現時点ではわからないので、判断が難しい。

表4 退院調整加算

1. 入院7日以内に退院困難者の抽出を行うことおよび医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。

|             |               |      |
|-------------|---------------|------|
| (新) 退院調整加算1 | イ 14日以内       | 340点 |
|             | ロ 30日以内       | 150点 |
|             | ハ 31日以上       | 50点  |
| (新) 退院調整加算2 | イ 30日以内       | 800点 |
|             | ロ 31日以上90日以内  | 600点 |
|             | ハ 91日以上120日以内 | 400点 |
|             | ニ 121日以上      | 200点 |

【算定要件】

退院調整加算1

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料を算定している患者が退院した場合に算定する。
- ② 医療機関全体として退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、そのうえで入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手していること。
- ③ 退院困難な要因を有する患者については、できるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合い、関係職種と連携して退院支援計画を作成し、計画に基づき、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスの導入に係る業務等の退院調整を行っていること。
- ④ 退院時共同指導料と同時に算定する場合には、連携医療機関と患者が在宅療養にむけて必要な準備を確認し、患者に対して文書により情報提供すること。

退院調整加算2

- ① 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核病棟)、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料または特定入院基本料を算定している患者が退院した場合

- ②~④ 退院調整加算1と同様。

【施設基準】

- ① 病院の場合は以下の基準をすべて満たしていること。
  - イ 当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。
  - ロ 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または専従の社会福祉士が配置されていること。
  - ハ 専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。
- ② 診療所の場合は、退院調整を担当する専任の者が配置されていること。

も視野に入れた社会全体での議論が必要だ。

早期からの退院調整を評価  
患者に安心感与える連携が必須

このほか今次改定では退院後、スムーズに在宅医療に移行できる体制の構築に向け、効果的な退院調整を実施した場合の評価も新設している。

「退院調整加算」は、退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、入院後7日以内に退院支援計画の策定に着手している医療

機関を支援するもの(表4)。入院期間が短いほど点数が高いこともあり、今後在院日数の短縮はさらに進むと予想されるが、算定するには退院困難な要因を有する患者に対してできるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合ったうえで関係職種が連携して退院支援計画を作成し、この計画に基づいて退院・転院後の療養を担う保険医療機関などの連絡調整や適切な介護サービス導入のための業務といった調整を行う必要がある。施設基準としては、地域連携室といった退

院調整に関する部門を設置し、専従の看護師または社会福祉士と、専従者と異なる職種(専従が看護師の場合は社会福祉士、社会福祉士の場合は看護師)の専任者を配置することが義務づけられている。加えて、退院支援計画を患者に説明のうえ文書で提供し、さらに、患者の治療を担う別の保険医療機関と退院支援計画を共有した場合には「地域連携計画加算(300点)」が算定できる。既存の退院時共同指導料との大きな違いは、退院が決

はなく、あらかじめ計画を共有しながら退院を支援することだ。

この点については退院支援計画の共有という文言にとどまっているが、在宅医療を担う立場から言わせてもらうと、入院を担う医療機関の医師と在宅での生活を支える医療機関の医師が患者も交えて顔を合わせる機会が増えることを望む。というのは、直接医師同士が顔を合わせることで、退院後の生活を見据えた医療提供が可能になることはもとより、患者・家族の安心感を得ることが大きい。多くの患者が在宅に移行できない理由として、家族が「退院したら、何かあった時にすぐに対応してもらえなくなるのではないか」と不安に思っていることがあるからだ。両方の医療機関の医師が顔を合わせ、きちんと連携ができていると知ること、患者・家族の安心感は大きく増すと実感している。確かに勤務医は忙しいし、診療報酬点数も高くないが、これによって患者や家族が望むかたちでの在宅復帰が可能になり、ひいては平均在院日数の短縮につながることを思えば、積極的に取り組む価値があるのではないだろうか。