

訪問看護の充実について

第1 課題と論点

- 1 後期高齢者医療の診療報酬については、訪問看護に関して以下の論点
が示されたところ。

(退院前後の支援)

地域の主治医との適切な連携の下、関係職種が連携して必要な退院調整や退院前の指導等に取り組むことができるような診療報酬上の評価の在り方を検討することとしてはどうか。

(訪問看護)

安心で安全な在宅療養を支えるには、訪問看護の役割が大変重要であるが、退院前後の支援、緊急時の対応を含めた24時間体制の充実、患者の状態に応じた訪問の実施などが更に取り組まれるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(終末期の医療)

在宅患者の看取りについて、死期が迫った患者やその家族の不安、病状の急激な変化等に対して、頻回にわたる電話での対応や訪問看護を実施していることを踏まえて、その診療報酬上の評価の在り方について検討することとしてはどうか。

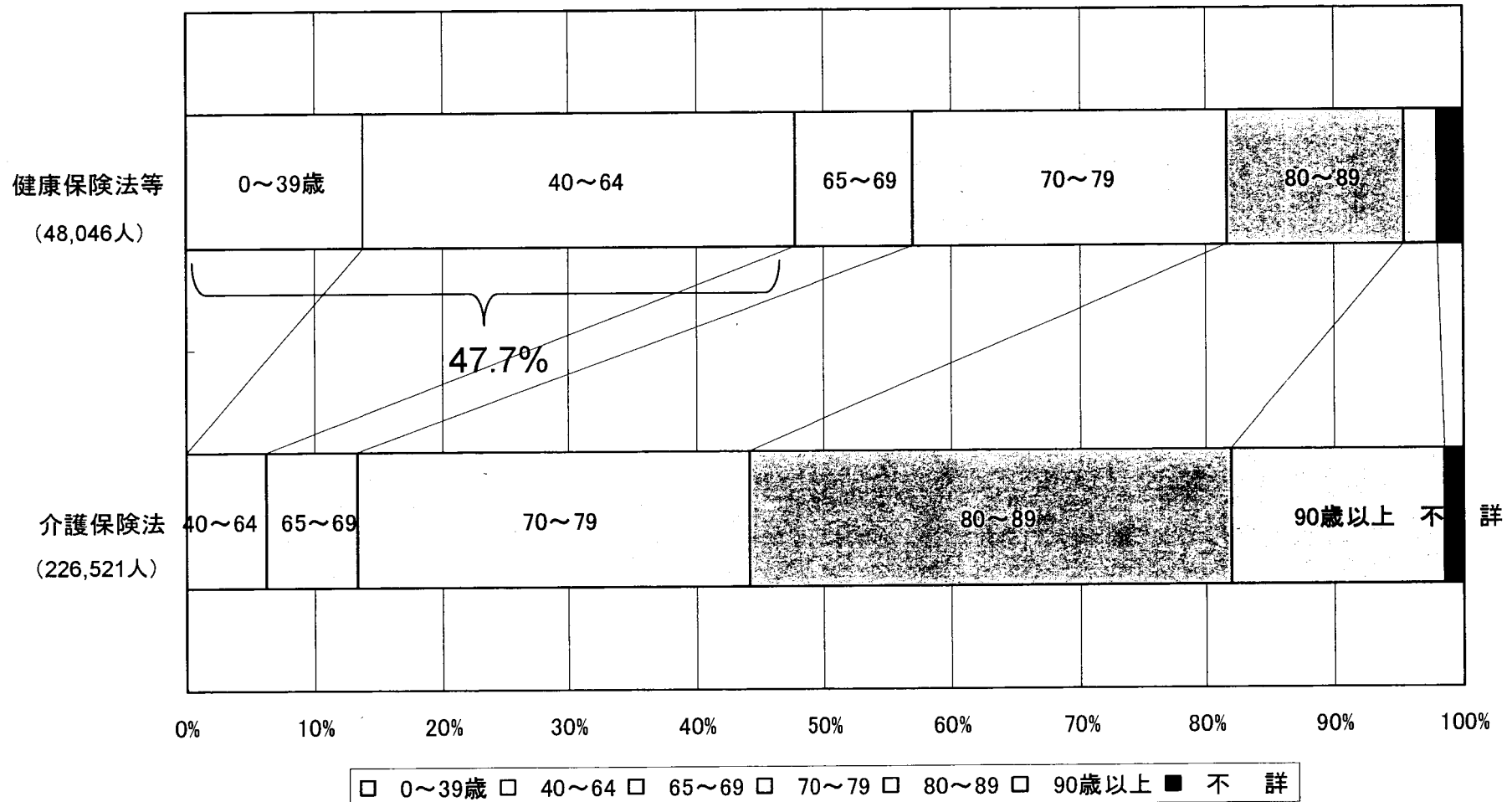
- 2 これらについては、基本問題小委員会において、退院前後の支援、24時間体制での支援、患者の状態に応じた訪問、終末期の手厚い看護の評価について概ね合意が得られたところ。

第2 具体的な取組の評価

前項については、75歳未満においてもそのニーズがあると考えられることから、後期高齢者と同様に評価してはどうか。

訪問看護ステーションの利用者数の構成割合 (年齢階級、適用法別)

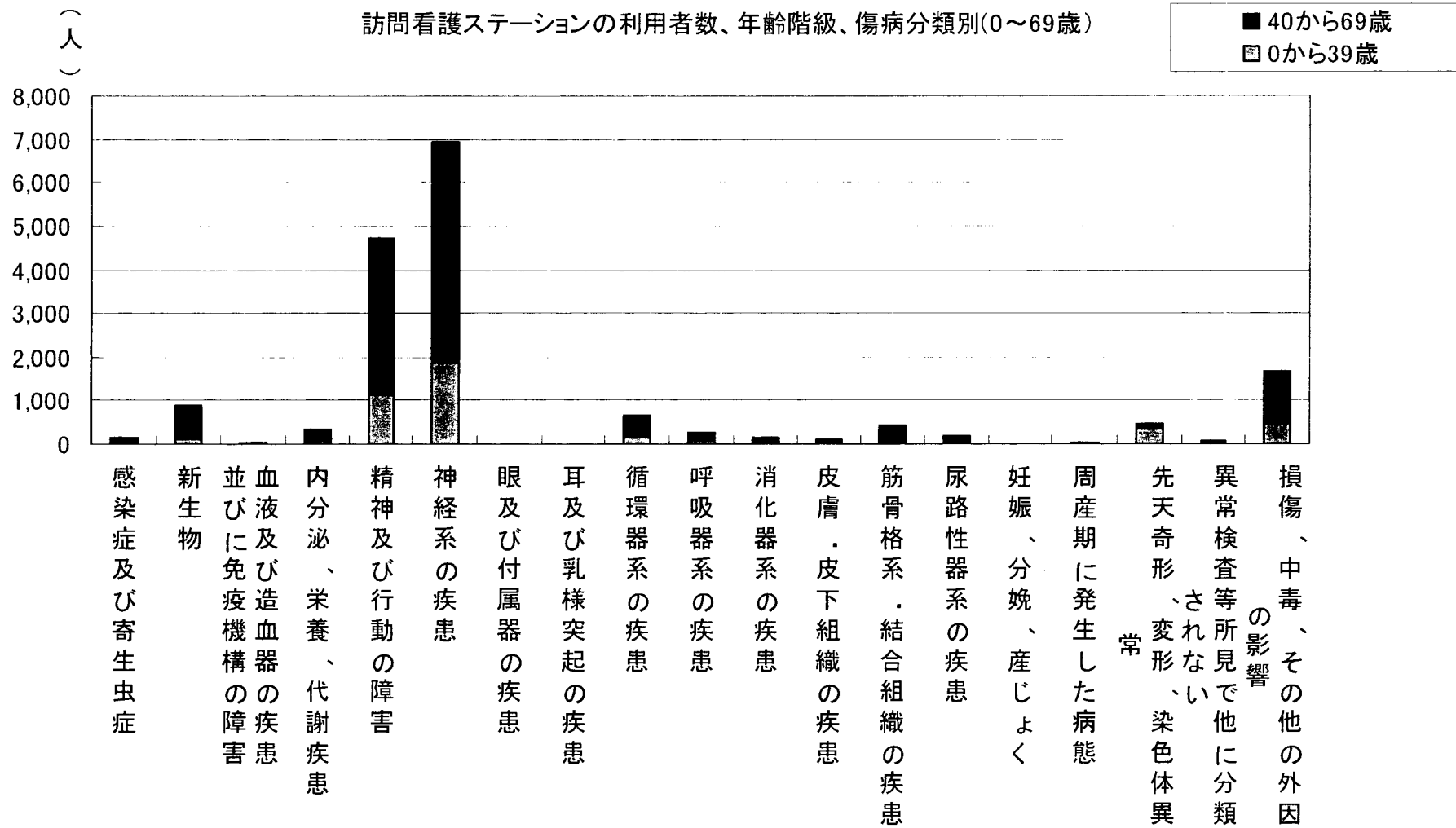
医療保険の訪問看護ステーション利用者のうち、65歳未満の割合は47.7%。



注:年齢別分布は、利用者から抽出した者についての値である。

出典:平成16年介護サービス施設・事業所調査

訪問看護ステーションの利用者数、年齢階級、傷病分類別(0～69歳)



出典：平成17年訪問看護療養費実態調査

在宅医療を支援する病院の評価について

第1 診療報酬上の評価の概要

- 1 在宅医療の普及・促進にあたっては、平成18年度診療報酬改定において在宅医療の中心的な役割を担う診療所として、24時間対応、訪問看護ステーションとの連携等を要件とし、「在宅療養支援診療所」を設け、高い評価を行うこととしたところである。(参考資料1頁)
- 2 在宅療養支援診療所は、全国で10,033箇所(平成19年7月現在速報値※)と一定程度の拡がりが見られるが、地域ごとの偏在が大きく、在宅医療を提供する環境が整備されていない地域があるとの指摘がある。(参考資料2頁)

※ 速報値につき後日変更があり得る。

第2 課題と論点

- 1 在宅医療を行う診療所がない地域においては、在宅医療の主たる担い手が病院の場合の診療報酬上の評価について検討することとしてはどうか。(参考資料3頁)
- 2 具体的には、周囲に在宅療養支援診療所等の在宅医療を提供する医療機関がなく、在宅医療の主たる担い手が病院である地域において、入院患者に対する医療提供体制の確保等の要件を満たした場合に評価することを検討してはどうか。

在宅医療を支援する病院の評価について

(参考資料)

在宅医療に関する主な診療報酬上の評価

項目	点数	在宅療養支援 診療所	診療所	200床未満 の病院	200床以上 の病院
往診料	650点	○	○	○	○
在宅患者訪問診療料	830点	○	○	○	○
在宅時医学総合管理料 1	イ 処方せんを交付する場合4200点 □ 処方せん交付しない場合4500点	○	×	×	×
在宅時医学総合管理料 2	イ 処方せんを交付する場合2200点 □ 処方せん交付しない場合2500点	×	○	○	×
在宅末期医療総合診療料 (一日につき)	イ 処方せんを交付する場合1495点 □ 処方せん交付しない場合1685点	○	×	×	×

往診料

患者の求めに応じて往診した場合に算定

在宅患者訪問診療料

計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に算定

在宅時医学総合管理料

在宅療養計画に基づき月2回以上継続して訪問診療し、計画的な医学管理を行った場合に算定

在宅末期医療総合診療料

末期の悪性腫瘍の患者に対して計画的な医学管理のもと総合的な医療を提供した場合に算定

75歳以上人口千人あたり、在宅療養支援診療所の数

都道府県名	在宅療養支援診療所 (平成19年7月現在・速 報値)	75歳以上の人口千人 あたりの在宅療養支援 診療所の数	都道府県名	在宅療養支援診療所 (平成19年7月現在・速 報値)	75歳以上の人口千人 あたりの在宅療養支援 診療所の数
全国計	10,033	0.82	三重	115	0.59
北海道	197	0.35	滋賀	54	0.44
青森	75	0.49	京都	255	1.01
岩手	73	0.43	大阪	1,322	1.92
宮城	85	0.37	兵庫	549	1.06
秋田	57	0.37	奈良	81	0.61
山形	64	0.40	和歌山	124	1.00
福島	141	0.58	鳥取	51	0.65
茨城	135	0.49	島根	101	0.93
栃木	94	0.49	岡山	241	1.08
群馬	152	0.73	広島	460	1.53
埼玉	326	0.69	山口	112	0.60
千葉	191	0.42	徳島	125	1.24
東京	1,088	1.05	香川	102	0.84
神奈川	502	0.79	愛媛	161	0.89
新潟	85	0.28	高知	30	0.27
富山	29	0.22	福岡	601	1.24
石川	102	0.81	佐賀	122	1.21
福井	42	0.43	長崎	263	1.49
山梨	34	0.34	熊本	178	0.78
長野	209	0.76	大分	157	1.05
岐阜	136	0.64	宮崎	87	0.64
静岡	229	0.61	鹿児島	211	0.93
愛知	438	0.80	沖縄	47	0.46

大阪府

75歳以上の人口千人あたりの
在宅療養支援診療数

1.92

自宅での死亡者の割合

14.2%

富山県

75歳以上の人口千人あたりの
在宅療養支援診療数

0.22

自宅での死亡者の割合

9.9%

高知県

75歳以上の人口千人あたりの
在宅療養支援診療数

0.27

自宅での死亡者の割合

9.7%

出典

人口:平成18年10月1日現在推計人口

死亡者の割合:人口動態調査(平成18年)

在宅医療を支援する病院の例

A 病院

病床数 121床
医師数 11人
(うち在宅医療を担当する医師3人)

往診件数 週20件

在宅患者数 55名
うち がん患者 4名
神経難病 2名

病院の周囲半径5km以内に
在宅医療を行う診療所無し

人口規模
市町村 18,300人
診療圏 217,000人

B 病院

病床数 99床
医師数 8.4人(常勤換算)
(うち在宅医療を担当する医師3人)

往診件数 週52件

在宅患者数 113名
うち がん患者 4名
神経難病 7名

病院の周囲半径5km以内に
在宅医療を行う診療所無し

人口規模
市町村 6,225人
診療圏 6,806人

疼痛緩和の推進について

○ 多様な施設における疼痛緩和の在り方について

1 現状と課題

(1) 緩和ケアについては、患者の状況に応じ、入院、外来及び在宅のそれぞれの場で、身体症状の緩和や精神心理的な問題への支援など、必要な緩和ケアが提供される環境を整備していく。

(2) また、長期にわたるがん患者の療養の場としては、介護老人保健施設や療養病床等も期待されており、そこで最期を迎えるがん患者もいる。(老健施設で亡くなった者のうち、主な死因が悪性新生物の者の割合 7.4% (8,162人中608人))

(3) 介護老人保健施設入所者や療養病床の入院患者については、薬剤費は包括化されており、現在、医療用麻薬については保険医療機関の医師が処方しても算定できないこととなっている。

しかしながら、がんの末期においては、患者の痛みの症状により、麻薬投与量を適宜調整し、十分に疼痛緩和を行う必要があるが、患者によっては、大量の麻薬を必要とする場合がある。

がん患者の看取りという観点も踏まえると、十分な環境整備を考える必要がある。

(4) また、在宅における疼痛緩和を推進するためには、保険薬局において、保険医療機関の医師の処方せんに基づき、必要な医薬品及び特定保険医療材料を交付できるようにする必要がある。注射薬のうち、疼痛緩和に必要である一部の医療用麻薬等については、保険薬局での交付が認められていない。

さらに、現在、保険医療機関においては、在宅におけるがん患者の疼痛緩和のため、鎮痛剤用のバルーン式ディスポーザブル連続注入器

を交付できることとされているが、当該特定保険医療材料についても、保険薬局での交付は認められていない。

疼痛緩和を実施するにあたり、がん患者の様々な症状にあわせて、適切に対応できるような体制を整備する必要がある。

2 論点（具体的な検討内容）

- (1) がん患者が、安心して、痛みのない療養生活を送ることができる体制を整備するため、介護老人保健施設や療養病床においても、がん患者の疼痛緩和のために医療用麻薬を保険医療機関の医師が処方した場合に算定できることとしてはどうか。
- (2) 在宅での疼痛緩和を推進するため、保険医療機関の医師の処方せんに基づき、保険薬局で交付することができる注射薬及び特定保険医療材料に、必要な注射薬及びバルーン式ディスポーザブル連続注入器をそれぞれ追加することとしてはどうか。