

重症者への医療提供はどう評価されたか

患者の状態に応じた評価＝
在宅重症者対応

▶ 川島孝一郎 Kawashima Kouichirou 仙台往診クリニック院長

Key Word 診療報酬改定, 在宅医療, 重症者, 在宅死亡率, 在宅療養支援診療所

はじめに

2年に一度の診療報酬改定において、在宅医療を受けている重症者への医療提供が評価または適正化いずれの方向にあるのかを検討した。

図1は、2008(平成20)年度における総医療費の医科に占める在宅医療費の割合を示す。インスリンなどの在宅自己注射指導管理料と在宅酸素療法指導管理料の多くは、訪問しない・看取らない外来診療において算定されている。

実際に訪問診療および往診して看取りを行っている医療費は医科医療費のわずか0.6%である。この費用で図2のように、全死亡者数の15.6%(2008年度、全国平均値、以下同)を看取り、2014(平成26)年度には18.5%に上昇している。病院死亡率は75.2%に低下しており(図3)、在宅医療を推進することで病院死の低下をめざすことが国民の希望に沿う医療提供となる。

在宅医療と名が付く医療内容においても、訪問しない医療費は適正化がなされるべきで、訪問による看取りと重症者管理は評価されなければならない。

重症者管理は表1¹⁾のように、人工呼吸器などの必要な重症者の在宅移行によって、医療費と介護費を合わせて(53万5,284円)も入院費(約80万円)より安価であることがすでにわかっている。さらに要介護5～1のすべてで入院費(約40万円以上)に比べていずれも安価である。在宅医療は医療費全体の適正化にも貢献している。

この利点を継続していくために、医療費の適切な再配分がなされなければならない。

I クリニックの位置づけ

仙台往診クリニック(以下、当院)は無床診療所であるが、有床診療所との連携をとっており有床扱いとなっている。今回の改定では在宅緩和ケア充実診療所・病院加算が可能な診療所に該当している。

無床診療所がかつ在宅緩和ケア充実診療所・病院加算に該当しない診療所が多数である点からすれば一般的ではない。

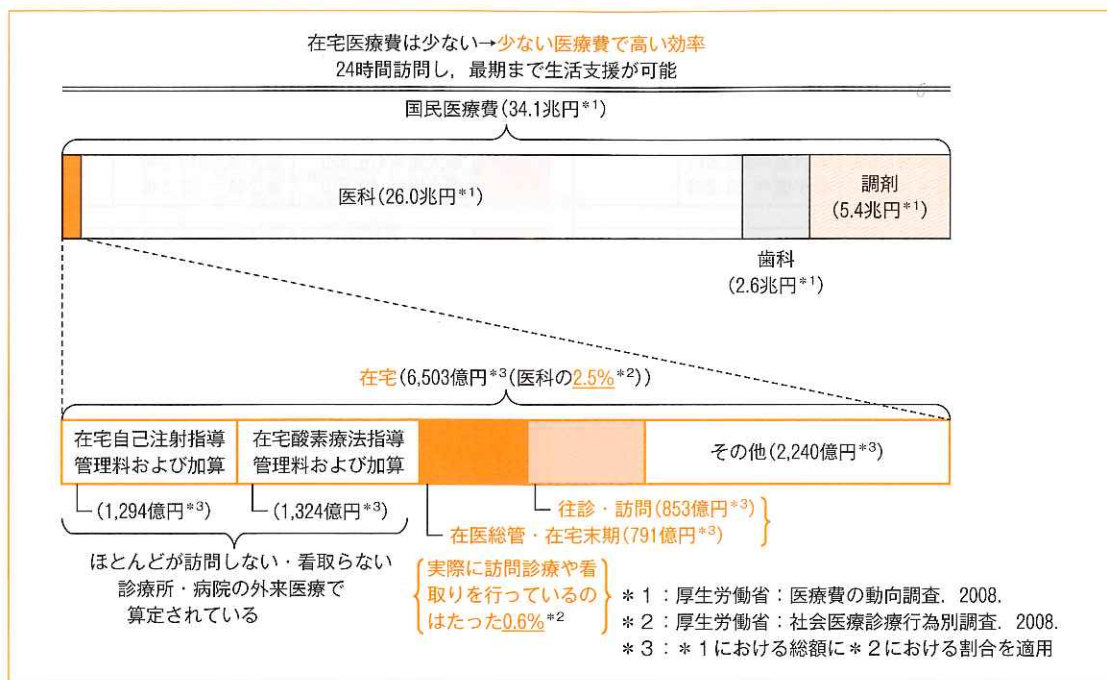


図1 総医療費に占める在宅医療費の割合(2008年)

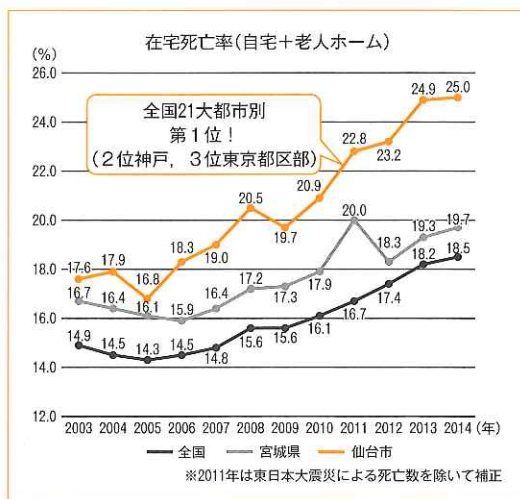


図2 死亡の場所別死亡率経年変化：在宅(自宅+老人ホーム)、仙台市と県・国のデータ

[政府統計の総合窓口(e-stat)：2003～2014年の人口動態調査のデータをもとに、仙台往診クリニック研究部が作成]

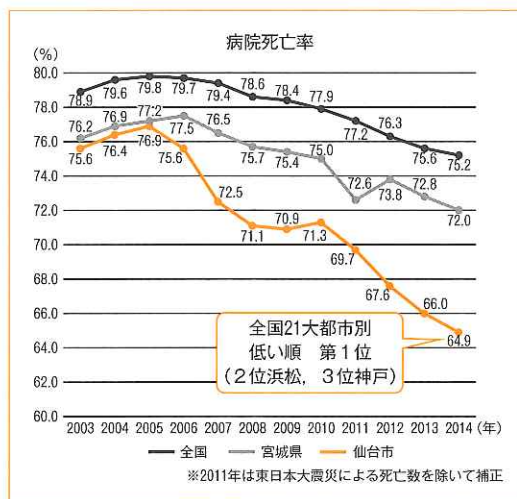


図3 死亡の場所別死亡率経年変化：病院、仙台市と県・国のデータ

[政府統計の総合窓口(e-stat)：2003～2014年の人口動態調査のデータをもとに、仙台往診クリニック研究部が作成]

表1 人工呼吸器装着者と要介護度別在宅療養者の在宅医療費(当院の平均値)

在宅医療【医療費+介護費】(人工呼吸器装着者、要介護度5・4・3・2・1)

	医療費平均	介護費平均	計
人工呼吸器 装着者	246,180円	289,104円	535,284円
	n=27 最大値=397,680 最小値=164,350	n=18 最大値=366,813 最小値=18,293	

	医療費平均	介護費平均	計
要介護 5	106,380円	259,877円	366,257円
	n=70 最大値=287,770 最小値=35,490	n=36 最大値=381,332 最小値=60,776	

※算出データは、仙台往診クリニックで管理する在宅生活者の2008年4～6月(3カ月間)の医療保険点数、介護利用状況から、平均値を算出したものである。

	医療費平均	介護費平均	計
要介護 4	103,220円	188,343円	291,563円
	n=24 最大値=476,920 最小値=60,870	n=15 最大値=310,946 最小値=23,548	

	医療費平均	介護費平均	計
要介護 3	78,800円	155,265円	234,065円
	n=22 最大値=198,320 最小値=24,510	n=10 最大値=268,718 最小値=9,345	

	医療費平均	介護費平均	計
要介護 2・1	90,380円	97,680円	188,060円
	n=20 最大値=431,520 最小値=49,410	n=10 最大値=164,257 最小値=11,088	

[川島孝一郎：2008年度在宅医療における月当たりの医療費及び介護費用の集計(4月～6月期)と考察；2012年度診療報酬及び介護報酬の点数改正とのおおよその比較、平成25年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)分担研究報告書、2014。より引用]

表2 当院の在宅人工呼吸器装着者の2016年度診療報酬改定前と改定後の点数比較

2型呼吸不全(右横隔神経麻痺疑い・人工呼吸管理・気管カニューレ管理・酸素吸入)

右上腕骨顆間骨折後、胃瘻造設後

慢性胃炎、不眠症、心身症、慢性気管支炎、便秘症

左胸水、右横隔膜挙上

3月	14 在医総管外(機能強化・有床)同一建物以外	5,000×1
	重症者加算(在宅時医学総合管理料)	1,000×1
	訪問診療【在宅】	833×5
	(3, 10, 17, 24, 31日)	
	訪問看護指示料(6日)	300×1
	在宅人工呼吸指導管理料	2,800×1
	人工呼吸器加算(陽圧式人工呼吸器)	7,480×1
	酸素濃縮装置加算	4,000×1
	携帯用酸素ボンベ加算	880×1
	気管切開患者用人工鼻加算	1,500×1
	在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置チューブ 一般型	446×1
	カフ付き気管切開チューブ	
	カフ上部吸引機能あり	
	一重管 @4,460	
	※SpO ₂ 89% (room air)	
	SpO ₂ 96～99(O ₂ 1L)	
	60 末梢血液一般・末梢血液像(自動機械法)	36×1
	血液化学検査(10項目以上)	117×1
	TP, BUN, クレアチニン, UA, LDL-コレステロール, HDL-コレステロール, TG, BIL/総, AST, ALT, アルカリホスファターゼ, LD, γ-GT, ナトリウム, クロール, カリウム, 血糖	
	血液ガス分析, 動脈血採取	196×1
	CRP	16×1
	血液採取(静脈)	20×1
	検査判断料(血生I免)	413×1
	計28,369	



4月	13 診療情報提供料(I)	250×1
	(21日 ○△在宅クリニック)	
	14 在医総管(機能強化在支診等・病床有・難病等月2回以上・1人)	5,400×1
	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在医総管)(1人)	400×1
	頻回訪問加算(在宅時医学総合管理料)	600×1
	訪問診療【在宅】	833×4
	(7, 14, 21, 28日)	
	訪問看護指示料(6日)	300×1
	在宅人工呼吸指導管理料	2,800×1
	人工呼吸器加算(陽圧式人工呼吸器)	7,480×1
	酸素濃縮装置加算	4,000×1
	携帯用酸素ボンベ加算	880×1
	在宅酸素療法材料加算	100×1
	気管切開患者用人工鼻加算	1,500×1
	在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置チューブ 一般型	435×1
	カフ付き気管切開チューブ	
	カフ上部吸引機能あり	
	一重管 @4,350	
	14 介護職員等喀痰吸引等指示料(1日)前回:1/1	240×1
	※SpO ₂ 89% (room air)	
	SpO ₂ 98～99(O ₂ 1L)	
	40 胃瘻カテーテル 胃留置バルーン型 @7,430	743×1
	計28,460	

表3 重症者(厚生労働大臣が定める状態の患者)に対する評価

C002 在宅時医学総合管理料(月1回)	
1 在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合	
イ 病床を有する場合	
(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	5,400点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	4,500点
③ ①および②以外の場合	2,880点
(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合(①の場合を除く)	
① 単一建物診療患者が1人の場合	4,600点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,500点
③ ①および②以外の場合	1,300点
(3) 月1回訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,760点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,500点
③ ①および②以外の場合	780点
ロ 病床を有しない場合	
(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	5,000点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	4,140点
③ ①および②以外の場合	2,640点
(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合(①の場合を除く)	
① 単一建物診療患者が1人の場合	4,200点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,300点
③ ①および②以外の場合	1,200点
(3) 月1回訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,520点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,380点
③ ①および②以外の場合	720点

[日本医師会：改定診療報酬点数表参考資料(平成28年4月1日実施)、2016、より引用]

II 診療報酬改定前と改定後の比較

表2は、在宅人工呼吸器装着者の2016(平成28)年3月(診療報酬改定前)と4月(診療報酬改定後)の点数比較である。多少の違いはあるが、両者とも近似の内容であるとともに診療報酬におおむね差はなかった。当院の人工呼吸器40名・気管切開58名・在宅酸素55名・胃瘻経管栄養95名・中心静脈栄養9名のいずれにおいても、前回・今回の診療報酬に差はなかった。

重症者として位置づけられる「厚生労働大臣が定める状態の患者」に対する診療報酬が設定(表3)されたことは評価できる。しかし該当者の範囲は狭い。

重症者加算がはずされ、頻回加算の点数がそれに比べ下がった。これは適正化といえる。

「療養病床における重症者医療区分2・3」と「厚生労働大臣が定める状態の患者」との間に差が生じている。この設定では、将来「療養病床における重症者」が在宅移行しても報酬は下がる。このことにより、これからの療養型病床患者の在宅移行に支障をきたす可能性がある。

療養病床におけるADL評価3・重症度3の患者の半数は、胃瘻や吸引を行っている。在宅移行の際に重症者の管理は、軽症者に比べ負担が多いが収益性が低い。本格的な療養病床削減をめざすのであれば、重症者の在宅管理における評価がさらに必要である。

これに比較して、在宅がん療養者に対する評価は一応なされた。

表4に見るように在宅緩和ケア充実診療所・病院加算が新設され、診療報酬は増加した。

しかし、この加算はがん医療を積極的に行っ

表4 在宅がん療養者に対する評価

左乳癌術後(末期)、多発肺・肝・リンパ節・骨転移、癌性疼痛、高血圧症、逆流性食道炎、便秘症、CVポート造設、肝機能障害、右癌性胸水、腹水
神経障害性疼痛

3月	14 在がん医総(機能強化・有床・院外 処方)(1~31日)	1,800×31
	訪問診療(1, 4, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 21, 26, 27, 29, 30日)	
	訪問看護(2, 7, 9, 19, 23, 25, 28日)	
	※在がん医総 2月より継続	
	2/28週単位	
	訪問診療: 2/29, 3/1, 4	
	訪問看護: 3/2	
	4月も継続	
	3/27週単位	
	訪問診療: 3/27, 29, 30, 4/1, 2	
訪問看護: 3/28		
		計55,800



4月	12 再診	72×2
	時間外加算	65×1
	深夜加算	420×1
	14 在がん医総(機能強化・有床・院外 処方)(1~30日)	1,800×30
	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	150×30
	訪問診療(1, 3, 5, 6, 9, 10, 12, 13, 16, 17, 23, 24, 26, 29日)	
	訪問看護(4, 7, 8, 11, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 27, 29日)	
	往診(夜間・休日)【機能強化・有床】(2日)	2,420×1
	2日 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	100×1
	※4/2 排尿困難のため緊急往診 往診(深夜)【機能強化・有床】(15日)	3,420×1
15日 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		100×1
※4/15 尿力テ閉塞のため緊急往診 ※在がん医総 3月より継続 3/27週単位 訪問診療: 3/27, 29, 30, 4/1, 2 訪問看護: 3/28		
		計65,169

ている診療所であれば該当するであろうが、現在医師総数のわずか20%ほどしか緩和医療に精通していないことから、在宅医療診療所の多くは該当しない可能性がある。この点は今後精査されるべきだろう。

Ⅲ 在宅医師に与える影響

図4²⁾は、在宅療養支援診療所(以下、在支診)の制度が発足した翌年2007(平成19)年度における在宅医療のデータである。このとき全国の在支診の数は10,477カ所であった。データ回収率約25%で、在宅医療に熱心な医師がかなり回答してきていると考えられる。

当時の在宅看取り率は14.9%、がん在宅看取り率7.5%であった(図5)。2014年度は在支診療数約14,000カ所、在宅看取り率18.5%、がん在宅看取り率11.9%である。

図4-aは1診療所における在宅患者数である。約半数が患者数10名以下であった。1人の医師が在宅医療を行える患者数は約50~70名が

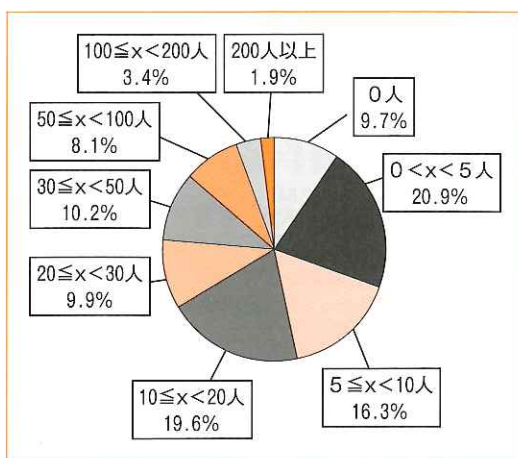
限度と考えられていることから、50名以上の患者数を擁する診療所は13.4%にすぎない。

年間看取り数が10名以上の診療所数は11.8%、がん看取り数が5名以上の診療所数は9.8%、年間収入に対する在宅医療の収入が50%以上の診療所数は7.5%であった。

この結果の意味するところは「在宅医療を熱心に行っている診療所はアンケート調査結果全体のわずか10%程度である」という点である。

- ①熱心に行っている診療所のモチベーションを下げないこと(在宅特化型を擁護する)
- ②在宅医療に参入しようとする医師をうまく引き込むこと(重症の範囲を広くする)

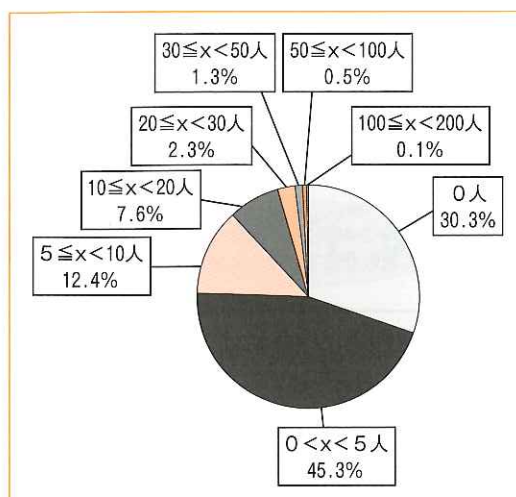
今回の診療報酬改定がこの①②にうまく対応できたのかについては疑問である。



4-a 在宅患者総数(2007年12月)

(n = 2, 578, m ± σ = 29.1 ± 81.9, 自由記載)

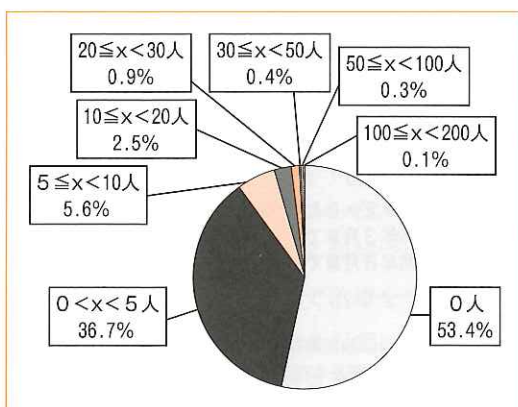
[川島孝一郎：重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業。平成19年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)研究報告書，2008。より引用]



4-b 年間に在宅看取り総数(2007年12月)

(n = 2, 594, m ± σ = 4.3 ± 9.2, 自由記載)

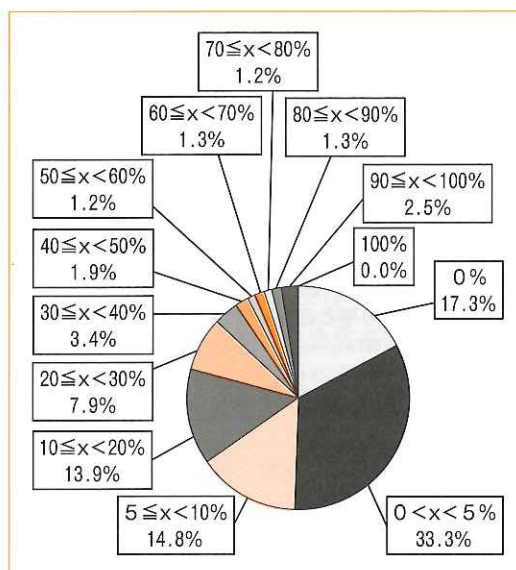
[川島孝一郎：重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業。平成19年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)研究報告書，2008。より引用]



4-c がん在宅看取り数(2007年12月)

(n = 2, 553, m ± σ = 2.0 ± 7.0, 自由記載)

[川島孝一郎：重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業。平成19年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)研究報告書，2008。より引用]



4-d 在宅時医学総合管理料もしくは在宅末期医療総合診療料を算定している患者の総診療報酬点数が診療報酬に占める比率

(n = 2, 411, 2007年12月)

[川島孝一郎：重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業。平成19年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)研究報告書，2008。より引用]

図4 2007年度の在宅医療データ

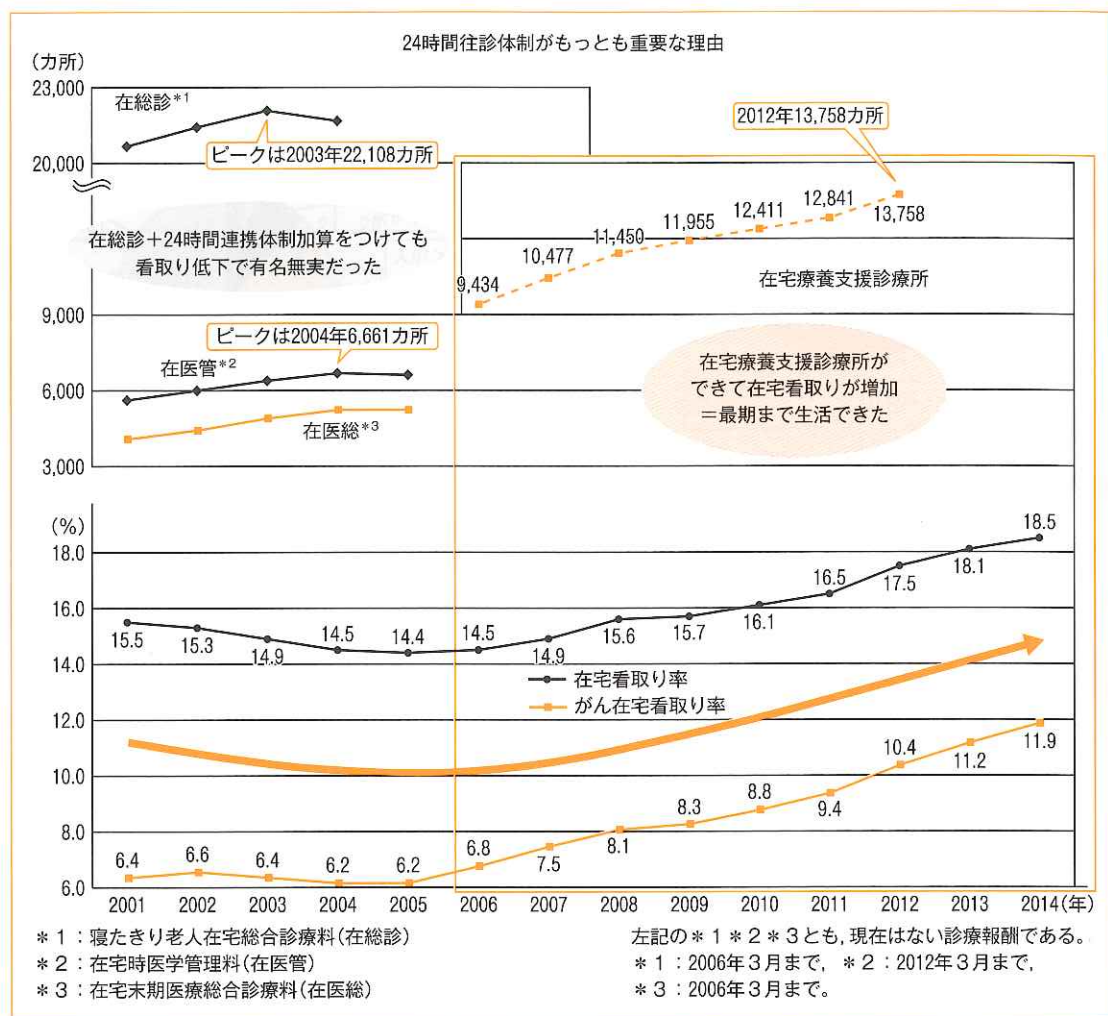


図5 在宅看取り率と在支診数の関連

〔政府統計の総合窓口(e-stat) : 1999～2011年の人口動態調査。／厚生労働省 : 中央社会保険医療協議会第237回(平成25年2月13日)総会資料 : 在宅医療について(その1)。／厚生労働省 : 中央社会保険医療協議会・診療報酬基本問題小委員会 第68回(平成17年10月12日)資料 : 在宅医療に対する評価について。これらのデータをもとに、仙台往診クリニック研究部が作成〕

2014年度には2007年に比べ診療所数は1.34倍に増加、在宅看取り率は1.24倍、がん在宅看取り率は1.59倍に増加している。しかし在支診の約30%は機能していないことを考えると、①②に関する調査が今回の改定における重要な材料になると同時に、来年度のアウトカムの指標となるだろう。

【文 献】

- 1) 川島孝一郎 : 2008年度在宅医療における月当たりの医療費及び介護費用の集計(4月～6月期)と考察 ; 2012年度診療報酬及び介護報酬の点数改正とのおおよその比較。平成25年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)分担研究報告書, 2014。
- 2) 川島孝一郎 : 重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業。平成19年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)研究報告書, 2008。

0歳～100歳までの在宅医療と地域連携を考える専門雑誌

0100

ゼロヒャク

在宅新療

THE JAPANESE JOURNAL OF HOME CARE MEDICINE FOR ALL AGES

2016

7

Vol. 1 No. 7

特集

2016年度の 診療報酬改定で、 何がどう変わる?

連載

診療報酬から読み解く 医療政策の描く未来像

高齢者医療を考える “フレイル” について知ろう

認知症の人との向き “愛” 方 看取りまで寄り添う認知症支援

care well cafe 秋山正子さんに聞く

