

X. 診療報酬の変遷と現状

2. 在宅

山田 雅子

(聖路加看護大学 看護実践開発研究センター)

診療について

在宅医療推進が国の政策として掲げられてからすでに四半世紀が経過した。1980年代より、寝たきり高齢者対策が社会的な課題となり、医療法、老人保健法（現高齢者のための医療確保法）、健康保健法などの法律改正を経て、診療報酬のあり方も大きく変化を遂げている。1986年には、厚生省（当時）が高齢者対策企画推進本部を立ち上げ、その報告書として「今後は、家庭での介護機能を強化する観点から在宅サービスシステムを確立し、施設サービスと合わせた総合的な施策を推進する」との方向性が示された。それを受けた長寿社会対策大綱では「可能な限り家庭を中心とした日常生活の場で必要な医療および看護・介護が行われるように在宅サービスの充実を図る」とし、「開業医を中心とした包括的な健康管理の推進」「生活機能の維持増進に重点を置いた医療体系の確立」「在宅看護の充実」を目指し、「在宅保健・医療サービスの充実を図る」と取りまとめられた。そして、同年の診療報酬改定では、「訪問診療」と「在宅医療指導管理料」が新設されたという意味では、この年を在宅医療元年といえることができる。

また、1992年（平成4年）の第2次医療法改正では、居宅を医療提供の場と位置づけた。これは今後本格的に在宅医療の体制を整備していくための基盤づくりをしたという意味では、在宅医療の成長期にさしかかった重要な時期であったといえよう。

その後の在宅医療に関する診療報酬は、度重なるマイナス改定の中にあっても継続して拡大し、充実が図られてきている分野である。1998年に

は、「寝たきり老人在宅総合診療料」「24時間連携体制加算」が新設され、2006年には「在宅療養支援診療所」が整備されることにつながった。

「在宅療養支援診療所」（以下、在支診）は、2007年の第5次医療法改正の流れの中で診療報酬の中に盛り込まれた診療所の一類型である。この時に医療法では、在宅医療の本格的な推進を目的とした仕組みづくりを掲げ、退院後の患者に対する適切な医療・介護を継続するための仕組み、かかりつけ医を中心においた切れ目のない医療提供を可能とするための連携体制、全国の行政が責任をもって在宅医療推進を図るための医療計画策定に関する改革を行った。議論の中で「在宅看取り率の向上」がひとつのキーワードとなり、在支診は、高齢者あるいはがん末期患者の看取りを地域で支える拠点として創設されたことになる。

在支診は在宅療養者の24時間の窓口として、必要に応じほかの医療機関と連携を図りつつ、往診、訪問看護等を提供できる拠点として位置づけられた。したがって、入院から在宅への移行支援、居宅等での24時間対応体制とターミナルケア体制において、一般診療所に比べ高く報酬の評価がなされている。また、診療所が近隣に存在しない場合も、病院が在支診の機能を有することができるとして、2008年には「在宅療養支援病院」（以下、在支病）が届出できるよう追加された。

在支診・在支病の届出状況は、2010年度で12,487診療所、331病院となっている。しかしながら、在支診で訪問業務に従事している医師数が平均1.1人と少ないこと、さらには地域的な偏在があること、また年間の看取り経験がまったくない在支診が40.1%にも及んでいることが現状として報告された（第204回中央社会保険医療協議

会総会 2011 年 11 月 9 日資料)。このまったく看取りを行っていない在宅診療の傾向は、看取りに関連する報酬の充実を図った後にも変化がなかった結果から、今後の在宅医療の推進方法に対して大きな課題が投げかけられていることになる。

ほかに在宅緩和ケアに関連する診療報酬としては、「在宅末期医療総合診療料」「在宅悪性腫瘍患者指導管理料」などがある。

訪問看護について

次に、訪問看護に関する診療報酬および介護報酬の変遷と現状について取り上げる。

日本の訪問看護は古くは明治時代の派出看護婦に遡ることができる。一定の訓練を受けた看護師が患者宅を訪問し、看護を提供するというもので、慈善事業として行われてきたため、事業の継続に困難があったものの度重なる戦争に触れ、看護の必要性は高まり、その認知度も高まっていったとされている。その後、病院が充実し、看護師たちは病院の中で働くスタイルにシフトしていくことになる。

改めて看護師が患者宅を訪問し看護を提供することの重要性が見直され始めたのは、1970 年代の寝たきり高齢者の社会的入院が問題視され始めた頃である。厚生省がこの点について議論を始め、在宅医療推進として取り組み始めたことは前に書いたとおりである。在宅における診療体制を整備すると同時に、保健師や看護師が訪問する体制整備も重要だとされ、自治体の保健師らによる地域住民を対象にした訪問指導が行われるようになった。こうした活動が、1982 年に成立した老人保健法においては、「退院患者継続看護・指導料」の創設につながった。すなわち、医療機関の看護師等が退院後の患者宅を訪問し看護を提供することに対して報酬化の基礎をつくることになったのである。

訪問看護ステーションとして病院から独立した事業所から看護師が訪問するようになるのは、1991 年の老人保健法改正後のことである。当時は老人訪問看護ステーションという看板で、対象者は寝たきりの高齢者とし「老人訪問看護療養

費」を診療報酬として請求する仕組みとなっていた。その後、若年者への訪問看護は、1994 年の健康保険法改正後には可能となり、年齢を問わず、必要に応じて主治医の指示に基づいた訪問看護を健康保険の枠組みで提供することが可能となった。

一方、2000 年の介護保険法成立に伴い訪問看護ステーションは介護保険法による一事業所と位置づけられ、居宅介護サービスのひとつとして訪問看護が整理された。それまで診療報酬で請求していた「訪問看護療養費」が、対象者が要介護高齢者となった場合には、介護保険法に基づき「訪問看護費」として請求することになる。そもそも看護は、治療モデルと生活モデルの双方の観点から患者と家族をアセスメントし、予防も含めた包括的なケアを提供することを専門性としてきていたため、訪問看護ステーションが診療報酬と介護報酬の両方で請求できる唯一の事業所であるという特徴はいたし方のない仕組みなのかもしれない。しかし、訪問看護ステーションの利用者にとっては、年齢や疾患などの状態像が変化することでサービス利用のシステムが変化することは理解しがたいことであり、実務上の混乱もきたしやすい。同じ訪問看護を実施しても、診療報酬では日数での算定、介護報酬では時間単位による算定となり、加算についても両者の間で齟齬をきたしている項目もある。少なくとも、診療報酬と介護報酬の訪問看護に関する枠組みの統一は、十年來の課題である。

訪問看護ステーションの開設状況は、2011 年 4 月現在で 6,151 件となり、近年、株式会社立の新規立ち上げが増加傾向にあるのが特徴である。在宅診療と同様、小規模である事業所が多く、24 時間体制を保障する仕組みとしての脆弱性と地域偏在が課題となっている。

2008 年度の診療報酬改定以降、医療機関と在宅医療の連携を強化することを意図した加算が新設されてきている。医療制度改革流れの中で、療養の場を移動していく患者に対し、医療機関の間あるいは医療機関と居宅等（在宅および介護保険施設など）の間において切れ目のない医療と介護を継続していくため、移行期支援の重要性が指摘

され、診療報酬と介護報酬においてもそれを意図した評価がなされている。いわゆる退院支援・退院調整に関連した内容の診療報酬上の評価である。医療保険での、「退院時共同指導加算」「退院支援指導加算」「退院患者連携指導加算」がそれに当たる。

これらは、患者が入院中から病状、治療内容、生活のことを包括的に検討していくことができるよう、医療機関の医療者と訪問看護師等が協働したチーム医療の体制を評価するものである。近年の入院期間短縮に伴い、医療者が患者の退院に関連する意思決定支援に組織的に、そして計画的に取り組むことが期待されている。

また、医療機関と在宅医療の連携に関するもうひとつの課題として医療保険と介護保険の連携がある。特に、がん末期患者を対象とした退院に向けての移行期支援を行う場合、円滑な連携がとれないことが報告されている。がん末期の場合、日常生活動作の低下が生じてから死亡までの期間が数週間と短く、その間に介護保険申請などの手続きをすることから連携を始めると、穏やかな看取りにたどり着くまでに時間が足りないことがしばしばである。こうした場合、現状では介護保険優先にはなっているが、医療保険のまま在宅医療への移行がなされてはどうかとの意見が多い。今後の報酬改定が待たれている。