

8. 在宅医療・介護あんしん2012の推進 —在宅医療・介護のルネッサンスとするために—

山岸 暁美*

(*厚生労働省 医政局指導課 在宅医療推進室, 併任: 健康局 がん対策・生活習慣病対策課)

はじめに

わが国は、前人未踏の超高齢社会である。特に大都市圏では、後期高齢者人口が今後10年で倍増する地域もあり、まったなしの状況である。後期高齢者の増加は、医療・介護ニーズの増加を意味する。

一方で、生産人口は減少している。人口減少時代の超高齢社会に突入した今、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要がある、2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療・介護の実現に向けた策が必要である。

もともと寝たきり高齢者を対象として整備されてきた在宅医療であるが、現在、一般病床で急性期治療を終えた回復期・慢性期患者の受け皿として、在宅医療・介護に対する期待は大きい。また、多くの国民は病気をもちつつも住み慣れた地域や家庭において、自分らしく充実した生活を送ることを望んでおり、在宅医療や緩和ケアはそれを支える医療1つである。また、その生活を支えるという視点から、介護とともに包括的に提供されることが望まれる。

そこで厚生労働省では、今年度、「在宅医療・介護あんしん2012」を掲げ、予算、制度、報酬など、持ちうる施策を総動員し、在宅医療・介護の推進に取り組んでいる。

予 算

①在宅チーム医療を担う人材の育成、②実施拠点となる基盤の整備、③個別の疾患等に対応したサービスの充実・支援、を3本柱とした在宅医

療・介護の推進のための事業を展開している

①については、10月に長寿医療研究センターが開催する各都道府県のリーダーの養成講座を皮切りに、医師を中心とした医療・福祉の多職種に対する研修を全国展開する予定である。さらに、②のうち、在宅医療連携拠点事業については、公募により選出された全国105カ所の事業所が、地域の医療・介護の連携拠点としてのモデル事業を展開中である。今年度は、特に在宅医療連携拠点と市町村及び医師会等関係団体との連携を強化したうえで、地域全体の医療・介護資源の把握と課題の抽出、そしてその解決に向けての取り組みを実施し、評価していく。

制 度

医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に体制構築に係る指針を示した(2012年3月30日発出)。介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促していく予定である。

具体的には、①円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制、②日常の療養支援が可能な体制、③急変時の対応が可能な体制、④患者が望む場所での看取りが可能な体制ごとに、各医療機能の内容(目標、関係機関等に求められる事項等)について、都道府県が地域の実情に応じて柔軟に設定することになっている。

また、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なる

ることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できるかぎり急変時の対応体制（重症例を除く）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとしている。

報酬

2012年度は、診療報酬・介護報酬のダブル改定であった。介護報酬改定においては、2011年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う新サービスとして「定期巡回・随時対応サービス」「複合型サービス」を創設し、訪問看護と介護の連携を強化している。

診療報酬改定では基本的な方針として、「社会保障・税一体改革成案」で示した2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療の実現に向けた第一歩の改定と位置づけたほか、国民・患者・家族が望む安心・安全で質の高い医療が受けられる環境を整えていくために必要な分野について、重点的な配分を行った。

具体的には、①負担の大きな医療従事者の負担軽減：今後も急性期医療等を適切に提供し続けるため、病院勤務医をはじめとした医療従事者の負担軽減を講じる（1,200億円）、②医療と介護などの機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実：医療介護同時改定であり、超高齢社会に向けて、急性期から在宅、介護まで切れ目のない包括的なサービスを提供する（1,500億円）、③がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入：日々進化する医療技術を遅滞なく国民が受けることができるよう、医療技術の進歩の促進と導入に取り組む（2,000億円）、の3領域を医科における重点項目とし、4,700億円を投入している。ここでは、②医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実の概要を説明する。

24時間の対応、緊急時の対応を充実させる観点から、複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。

【施設基準】

- ① 常勤医師3名以上
- ② 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
- ③ 過去1年間の看取り実績2件以上

また、複数の医療機関が連携して、上記の基準を満たすことも可能とする。その場合の要件は、

- ④ 患者からの緊急時の連絡先の一元化
 - ⑤ 月1回以上の定期的なカンファレンスの実施
 - ⑥ 連携する医療機関数は10未満
 - ⑦ 病院が連携する場合は200床未満に限る
- ※さらに、病床を有する場合は高い評価を行う。

図1 在宅医療を担う医療機関の機能強化

① 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進

1. 機能を強化した在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院の評価

現行の在宅療養支援診療所（以下、在支診）と在宅療養支援病院（以下、在支病）において、新たに複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関に対する区分を設け、評価を手厚くした。新たに設定された区分の要件としては図1に示したとおりであり、また単独ですべての要件を満たすだけでなく、複数の地域の医療機関で連携してこれらの要件を充足すれば、これらの点数を算定できることとした。

現在、開業医の約8割が医師1人体制で診療を行っており、各種調査において、在宅医療を担ううえで最も負担に感じることで、「24時間365日の対応」が挙げられている。医師の負担を軽減し、患者・家族が望む場所で療養や看取りが実現する体制を構築するために、在宅医療を担う医療機関ネットワークの推進を図っていくインセンティブになると考えている。

なお、新たな区分の在支診・在支病については、往診料の緊急・夜間・深夜加算や在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料などの項目において、一般の在支診・在支病より高

い報酬を算定することができる。

2. 専門的な緩和ケアの評価

在宅療養指導管理料については、同一の患者に対して、複数の医療機関が同一の在宅療養指導管理料を算定することはできないが、悪性腫瘍患者については、在宅医療を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟等の専門の医師とが連携して、同一日に診療を行った場合に限り、両者の算定を可能とした。

また、鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズをもつ悪性腫瘍の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師が訪問看護ステーションの看護師に同行訪問することについて評価を行った。

② 看取りに至るまでの医療の充実

1. ターミナルケア加算の見直し

これまで、訪問診療を行っている患者を患家で看取った場合、訪問診療を行う医療機関がターミナルケアを実施していても、看取りの直前に家族の希望などにより病院に入院した場合や、ターミナルケアを行う医療機関と看取りを行う医療機関（一般には連携先の病院）が異なる場合、「在宅ターミナルケア加算」が算定できなかった。今回の改定において、在宅ターミナルケア加算については、ターミナルケアのプロセスと看取りに分けた評価体系に見直して評価を行った。

また、訪問看護についても、死亡日前14日以内に2回以上の訪問看護・指導がターミナルケア加算の必須の算定要件であったが、この2回目においては、死亡日の訪問看護・指導も含むことを明示した。

2. 退院調整

入院7日以内に退院困難者の抽出を行い、退院困難者に対して退院調整を行った場合に、早期退院患者に係る退院調整加算を手厚く評価した。また、入院時の症状、標準的な入院期間、退院後に必要とされる診療等の在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を作成し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の治療を担う別の保険医療機関と共有した場合の評価を行った。さらに、総合評価加算を引き上げる

とともに、有床診療所や療養病床等、算定可能病床を拡充した。

③ 訪問看護の充実、医療・介護との連携

1. 効率的かつ質の高い訪問看護の推進

1) 訪問看護における看護補助者の評価

訪問看護のケア内容については、必ずしも看護職員が実施する必要性が高い業務だけではないため、看護補助者と同様、役割分担をした場合について評価した。これは、看護補助者との連携・役割分担を行うことにより、ケア時間の短縮など患者の負担軽減や、より看護が必要な多くの患者に訪問看護が提供できるとともに、事業所の大規模化に寄与することが期待される。

2) 専門性の高い看護師との同行訪問

鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズをもつ悪性腫瘍の患者及び真皮を越える褥瘡の状態にある在宅療養中の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行った。

2. 医療ニーズが高い患者の医療（入院）から介護（在宅）への円滑な移行

1) 試験外泊日及び退院当日の訪問看護

患者の試験外泊時における訪問看護を拡充するために、連携する訪問看護ステーションによる試験外泊時の訪問看護の評価を新設すると同時に、当該入院医療機関からの試験外泊時の訪問看護について、さらなる評価を行った。また、退院当日の訪問看護については、退院日以降初回の訪問看護が行われた場合のみ評価されていたが（退院支援指導加算）、退院日以降初回の訪問看護が行われる前に患者が死亡または再入院した場合に限り、その日に遡って算定可能とした。

2) 退院直後の訪問看護

医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明示した。

3. 訪問看護の充実

1) 週4日以上訪問可能な患者の要件緩和

在宅で医療ニーズの高い患者については（特別

管理加算：旧重症者管理加算の算定者（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）、週3日以内の訪問看護の回数制限を緩和した。

2) 長時間訪問看護の算定要件の見直し

長時間訪問看護の対象を拡大し、当該患者の回数制限を緩和した。また、医療保険下の長時間訪問看護は2時間以上提供した場合から算定可能となっているが、介護保険との整合をとるため、90分以上から算定できることとした。

3) 精神科訪問看護基本療養費と30分未満の短時間訪問看護の新設

訪問看護療養費は、現在精神科に着目した点数は精神障害者社会復帰支援施設に入所している複数の者に対するものしかないため、精神科専門療法の精神科訪問看護・指導料と同様の整理を行った。

なぜ、今、在宅医療・介護なのか

歴史的に医療は、延命こそが医学の発展の証であるとされ、社会もそれを当然のこととして捉えてきた。しかし昨今、延命治療のみに偏ることなく、患者の人間性や主体性を重視しQOLを高めることを目的とする医療のニーズが高まっている。多くの国民が自宅等住み慣れた環境での療養

を望んでおり、高齢になっても病気になっても自分らしい生活を支える在宅医療提供体制を整備することは、国民の生活の質の向上に資するものである。

つまり、慢性疾患患者、かつ終末期に至るまでの長きにわたって提供される治療とケアの効率性の提供が可能な地域医療の連携システムが不可欠であり、この地域医療の連携システムは、プライマリケア（住民のあらゆる健康上の問題に対し、総合的・継続的・全人的に対応する地域の保健医療福祉機能）を中心に構築し、また介護との包括的提供を視野に入れたものにすることが求められていると考える。そして、この体制を基盤として、地域の医療福祉従事者の緩和ケアの知識や技術の向上や専門緩和ケアへのアクセスを保障する仕組みが付随する形態が地域緩和ケアの体制として望ましいのではないだろうか。

しかし、在宅医療は、その地域の既存の医療・介護資源や参集するメンバーなどによって提供の仕組みや方法が異なり、画一的な拡充策は馴染まない。その地域の実情にあった策を自治体や関係団体、実践家たちが共に考え実施していく仕組み、質の高い在宅医療・介護が一体的に提供できる仕組み、国や関係機関がそれを支援する仕組みの構築のため、厚生労働省では、引き続き、予算、制度、報酬の施策を総動員し、対策を講じていく。