

診療報酬制度における在宅医療の形成と展開

齋藤立滋[†]

目次

はじめに

1. 在宅医療の登場の背景
2. 診療報酬制度における在宅医療
3. 診療報酬制度における在宅医療の特徴

おわりに

キーワード：在宅医療，診療報酬制度

はじめに

国は、地域医療構想において、在宅医療を推進しようとしている。その動きの中で繰り返し主張されるのは、「国民医療費の上昇を抑制する方法として、入院医療を在宅医療に切り替える」ことである。「在宅医療が入院医療よりも安上がりになる」と考えているのである。本当にそうだろうか。筆者は、在宅医療の国民医療費削減効果を検証するため、齋藤（2017）、齋藤（2018）、齋藤（2019）を著した。これまで明らかになったのは、在宅医療は必要であるし、推進していくことが重要であるものの、在宅医療の推進が国民医療費の削減となるかどうかは不透明なことである。

本稿の目的は、入院医療を在宅医療に切り替えることで、本当に国民医療費が削減できるのかどうかを検証する第一歩として、診療報酬制度における在宅医療の形成と展開を明らかにする。具体的には、診療報酬制度に、在宅医療がどのように盛り込まれ、位置づけられてきたかを、時系列で明らかにしていく。これまでの診療報酬制度における在宅医療の

[†]大阪産業大学 経済学部 経済学科 准教授

草稿提出日 6月29日

最終原稿提出日 8月27日

形成と展開を追跡し明らかにしたものは、伊藤（2008）以外は、管見の限り存在しない。本稿の意義は、伊藤（2008）が明らかにしていない2008年以降の在宅医療の形成と展開をも明らかにし、その特徴を明らかにすることである。

本論文の構成は次の通りである。

「1. 在宅医療の登場の背景」では、在宅医療が登場してきた2つの背景を明らかにする。「2. 診療報酬制度における在宅医療」では、診療報酬制度における在宅医療の変遷を明らかにする。「3. 診療報酬制度における在宅医療の特徴」では、在宅医療がその対象者(患者)と診療項目を増やしてきた一方で、近年は点数の算定が複雑になりつつあることを明らかにする。

1. 在宅医療の登場の背景

在宅医療は、「医療を受ける者の居宅等において提供される医療」と定義される。外来・通院医療、入院医療に次ぐ「第3の医療」ともいわれている。ただ、1948年に制定された医療法において、当初は、医療を提供する場所を診療所か病院に限っており、在宅における医療は、往診として突発的な状況における例外的医療であった¹⁾。

在宅医療が制度的に認められるようになったのは、1992（平成2）年の第2次医療法改正である。医療法第1条の二第2項に、「医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という。）、医療を受ける者の居宅等(居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。以下同じ。)において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない」と規定した。医療を受ける者の居宅等が、医療を行う場として法的に認められている²⁾。

さて、川人（2018）によると、「過去20年にわたり（在宅医療の）保険診療給付が拡大されてきたが、その普及には大きく2つのアプローチがあった」という。

第1に、「在宅高度技術医療」である。医療技術や機器の進歩によって、以前には入院対象だった治療を在宅療養でも受けることを可能にしたものである。

第2に、「在宅療養患者の全般的医療管理」である。現に在宅療養しており外来通院が困難な患者の居宅を訪問しておこなうものである。

1) 田城（2006）p.103より引用。

2) 齋藤（2017）pp.30～31より引用。1992年当時の条文の引用である。

高機能病院からの「高度先進医療技術を在宅応用することの保険適用化」と地域医療現場からの「寝たきり老人への在宅医療提供の合法化・保険適用化」という2つの在宅医療推進の流れが、今日の保険診療の「訪問診療」, 「訪問看護」, 「在宅時医学総合管理」, 「在宅療養指導管理」等をもたらしたのである³⁾。

2. 診療報酬制度における在宅医療

診療報酬制度に、在宅医療の項目が登場したのは、1981年6月改定以降のことである。本節では、1981年6月改定から2018年4月改定までの在宅医療の項目の変遷を整理して明らかにする。

2-1 1981年6月改定

点数表（甲）の「第2章 特掲診療料」「第1部 往診及び療養上の指導等」のうち、「特定疾患治療管理料」の「自己注射指導管理料」（200点）が新設された。これは、インシュリン及びヒト成長ホルモンの自己注射をおこなっている在宅患者に対して、医師が自己注射に関する指導管理を行った場合に算定されるものである。

2-2 1983年2月改定

点数表（甲）の「第2章 特掲診療料」「第1部 往診及び療養上の指導等」のうち、「退院時指導料」（100点）, 「退院患者継続看護・指導料」（100点）が新設された。老人保健法の制定の趣旨に沿い、高齢者の入院医療から在宅医療への円滑な転換を図るためにもうけられたものである。

2-3 1984年3月改定

点数表（甲）の「第2章 特掲診療料」「第1部 往診及び療養上の指導等」のうち、「特定疾患治療管理料」の「自己腹膜灌流⁴⁾指導管理料」（700点）が新設された。

2-4 1985年3月改定

点数表（甲）の「第2章 特掲診療料」「第1部 往診及び療養上の指導等」のうち、「特定疾患治療管理料」の「在宅酸素療法指導管理料」（700点）, 「在宅中心静脈栄養法指導管

3) 川人（2018）p.2より引用。

4) 自己腹膜灌流とは、自分の腹膜で人工透析をする腹膜透析療法のことである。

料」(700点)が新設された。

2-5 1986年4月改定

この改定で、「社会保険報酬診療」と「老人診療報酬」とにわかれた。「老人診療報酬」「老人特掲診療料」のうち、「寝たきり老人訪問診療料」(1日340点)、「寝たきり老人訪問指導管理料」(1月330点)が新設された。訪問診療料という概念が、老人医療に初めて導入されたのである。また、これまでの改定で新設された在宅指導管理料の点数が、この改定で大幅に引き上げられた。

2-6 1988年4月改定

この改定の前年、「厚生省国民医療総合対策本部中間報告」(1987年6月)⁵⁾が発表された。在宅ケアの充実を打ち出しており、次の3つの項目である。

①訪問看護の拡充

在宅における療養を支援するため、病院や診療所が訪問看護を専門に行う看護婦⁶⁾に患者の訪問看護を委託し、病院や診療所の主治医との連携の下で継続的な訪問看護サービスが提供できるような方策を検討する。

②在宅介護の促進

在宅福祉を促進するために、社会福祉士や介護福祉士の活用を図るとともに、民間保険の導入についても検討する。

③家庭医機能の充実

老人の在宅療養の推進を図る上でも家庭医機能の充実が重要であり、このため、当面、家庭医機能についての研修システムの試行や家庭医機能を担う開業医を支援していくためのモデル事業を行う⁷⁾。

この中間報告を受けて、改定では、「社会保険診療報酬」のうち、「第2部 在宅療養料」が新設され、在宅医療に関する項目と点数が独立した。新たに、医師以外の医療機関の保健婦又は看護婦を訪問させて、療養上必要な指導がおこなえるようになった。すなわち、「在宅患者訪問診療料」(1日480点)、「在宅患者訪問看護・指導料」(230点)など一般の在宅患者の項目が新設され、従来からの在宅指導管理料の点数も大幅に引き上げられた。

5) 全文は、<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/319.pdf>に掲載。

6) 現在では、「看護婦」は「看護師」、「保健婦」は「保健師」と名称が変更されているが、当時のままの名称を記している。

7) <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/319.pdf>より引用。

また、「老人診療報酬」「老人特掲診療料」においては、「退院患者理学療法指導料」（200点）、「寝たきり老人訪問看護・指導料」（250点）、また、痴呆⁸⁾患者への対応として、「痴呆患者在宅療養指導料」（330点）、「重度痴呆患者デイ・ケア料」（300点）が新設された。この改定で在宅医療の基礎ができたといえる。

2-7 1990年4月改定

「社会保険診療報酬」「第2部 在宅療養料」のうち、「在宅患者訪問看護・指導料」に准看護婦の場合が新設された。また、在宅療養指導管理料の項目では、既存項目の従来からの引き上げや、「在宅人工呼吸指導管理料」（1,500点）、「在宅悪性腫瘍指導管理料」（600点）、「在宅寝たきり患者処置指導管理料」（450点）などが新設された。

2-8 1992年4月改定

「社会保険診療報酬」「第2部 在宅療養料」のうち、従来、老人診療報酬にしかなかった「在宅訪問リハ指導管理料」（450点）が一般患者向けに新設された。また、「在宅自己疼痛指導管理料」（600点）が新設された。

「老人診療報酬」「在宅療養料」において、都道府県知事の施設承認を受けた診療所が、在宅療養計画に基づき、月2回以上訪問診療をおこなった場合の「寝たきり老人在宅総合診療料」（月1回2,200点）を新設した。これは、診療所にかかりつけ医としての機能を持たせるためである。また、老人保健法の改定に伴い、老人訪問看護療養費を新設した。

2-9 1994年改定

1992（平成2）年7月の第2次医療法改正により、医療を受ける者の居宅等が、医療を行う場として法的に認められ、在宅医療は、外来医療、入院医療とならぶ第3の医療として位置づけられた。

診療報酬点数表の（甲）・（乙）が一本化され、「医科診療報酬」「老人診療報酬」となり、「医科診療報酬」「特掲診療料」の中に、初めて「在宅医療」という項目が設けられた。また、「老人診療報酬」「老人特掲診療料」にも、初めて「在宅医療」と項目が設けられた。

「医科診療報酬」においては、在宅患者に対するかかりつけ医師の「在宅時医学管理料」（月1回3,000点）を新設した。これは、かかりつけ医機能を中小病院に拡大するとともに、一般医療にも在宅医療を広げていくねらいがある。

8) 現在では、「痴呆」は「認知症」と名称が変更されているが、当時のままの名称を記している。

また、在宅における末期医療を推進めるため、在宅末期医療総合診療料（1. 1,500点, 2. 1,300点）が新設された。また、在宅患者の死亡診断をおこなった場合の「在宅看取り加算」（200点）が新設された。また、さらなる在宅医療の推進をはかるべく、従来の在宅療養指導管理料の届出制の廃止と点数の引き上げがおこなわれた。一方、入院医療と在宅医療の連携をはかるべく、「在宅患者応急入院診療料」（500点）、「在宅患者入院共同指導料」（280点, 120点）、入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するにあたり、指導管理を行った場合の「退院前在宅療養指導管理料」（100点）が新設された。

「老人診療報酬」においては、「寝たきり老人在宅総合診療料・院外処方」（2,200点）、「24時間連携体制加算」（1,500点）、「ターミナルケア加算」（1,000点）が新設された。

2-10 1996年4月改定

在宅医療のほとんどの項目にわたり、点数が引き上げられ、算定要件も一部改善（特に、同一日における訪問診療や訪問看護等の後の往診料が算定可となった）された。また、医科診療報酬の在宅末期医療総合診療料が老人診療報酬にも適用された。また、老人診療報酬にしかなかった末期訪問看護・指導料が医科診療報酬にも新設された。このように、在宅の終末期医療の評価の充実がはかられた。

2-11 1998年4月改定

往診、訪問診療、訪問看護等の基本的点数は据え置かれた。保険医療機関と他の保険医療機関、老人保健施設、訪問看護ステーション間の訪問看護等を重複算定することが制限された。

入院期間短縮の受け皿として、在宅療養指導管理料の点数が若干引き上げられた。老人デイ・ケア料については原則として週3日を限度とするとともに、算定要件、施設基準が強化された。

寝たきり老人訪問看護・指導料、寝たきり老人訪問リハビリテーション指導管理料、老人デイ・ケア料の月最初の実施日等を健康手帳に記載することが義務づけられた。

2-12 2000年4月改定

介護保険制度の実施に伴い、次の①～④の医療保険と介護保険の給付調整がおこなわれた。その結果、従来算定できていた項目が算定できなくなったり、介護保険に移行した。

①要介護者、要支援者に対する訪問看護（末期がん等への訪問看護を除く）、訪問リハビリテーション、訪問薬剤管理指導、訪問栄養食事指導については、介護保険が優先し医

療保険では算定できなくなった。

- ②老人デイ・ケア料は、老人診療報酬から削除され、今後は通所リハビリテーションとして介護保険で請求するようになった。通所リハビリを実施した月は、老人慢性疾患外来総合診療料、慢性疾患生活指導料、再診料の外来管理加算が算定できなくなった。
- ③在宅患者訪問看護・指導料と在宅患者末期訪問看護・指導料が統合され、併せて、老人診療報酬の特掲診療料が削除され、医科診療報酬に一本化された。
- ④寝たきり老人訪問リハビリテーション指導管理料、寝たきり老人訪問薬剤管理指導料、寝たきり老人訪問栄養食事指導料、老人訪問看護指示料が老人診療報酬より削除され、医科診療報酬に一本化された。

2-13 2002年4月・10月改定

高齢者の心身の特性に応じた診療報酬体系の見直しがおこなわれ、次の①～④の「医科診療報酬」と「老人医科診療報酬」⁹⁾の統合が図られた。

- ①寝たきり老人訪問診療料、寝たきり老人末期訪問診療料が廃止され、「医科診療報酬」の在宅患者訪問診療料に一本化された。このため、一般患者にも急性増悪等の頻回訪問診療、ターミナルケア加算が算定可になった。その反面、老人の在宅総合算定時の訪問診療は引き下げられた。
- ②訪問回数等の制限を受けない疾病等の患者については、2カ所の訪問看護ステーションからの訪問看護ができるように、要件が変更された。また、退院時に、入院先で在宅療養指導管理料を算定した場合、1月以内であっても他の医療機関で在宅療養指導管理料が算定できるように要件が変更された。
- ③在宅自己注射指導管理料の院外・院内処方の区分が廃止され、注射針加算を新設した。また、在宅気管切開患者指導管理料を新設した。
- ④寝たきり老人処置指導管理料が廃止され、「医科診療報酬」の在宅寝たきり患者処置指導管理料に一本化された。このため、従来の「老人医科診療報酬」患者の点数は引き下げとなった。

2-14 2004年4月改定

次の①～④在宅の終末期患者に対する在宅医療の充実、重症者への複数回訪問看護の評価がなされるようになった。

9) 2002年改定で、「老人診療報酬」から「老人医科診療報酬」と名称が変更された。

- ①在宅で週3日以上点滴注射が必要な患者に、主治医が看護師等に訪問点滴の指示を行い、管理指導を行った場合、「在宅患者訪問点滴注射管理指導料」（1週につき60点）が新設された。
- ②「在宅患者訪問看護・指導料」の「難病等複数回訪問加算」は、従来は1日2回以上の訪問について、回数にかかわらず一律250点で算定していたが、1日2回の訪問が450点に引き上げられ、さらに1日3回以上訪問の場合は800点として新設された。また、「在宅患者訪問看護・指導料」の「在宅移行管理加算」の算定対象に、「在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者」が追加された。
- ③「在宅訪問リハビリテーション指導管理料」の従事者に、言語聴覚士を追加した。
- ④「在宅自己注射指導管理料」の「注入器加算」が見直され、「注入器を使用している場合に算定」から「注入器を処方した場合に算定」に変更された。また、「在宅酸素療法」の算定にあたっては、動脈血酸素分圧または経皮的動脈血酸素飽和度の測定を、月1回程度実施し、結果を診療報酬明細書に記載するようにした。「在宅血液透析指導管理料」の「頻回指導加算」は算定開始2カ月間は月2回から月4回まで算定できるようになった。

2-15 2006年4月改定

第5次医療法改正で、医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の確保に関する事項を、医療計画に位置付けることとなり、「医科診療報酬」と「老人医科診療報酬」は一本化され、「医科診療報酬」となった。

もっとも大きな改正点は、「在宅療養支援診療所」の創設である。在宅療養支援診療所は、24時間体制のもと、一般病院や療養病床の削減によって退院せざるを得ない重篤な患者に対応するために、医療サービス提供者やその体制の連携を支える在宅医療の拠点である。

点数の内訳は、

- ◇「在宅時医学総合管理料」（1月につき）の「在宅療養支援診療所・24時間体制あり」
 - 「院外処方」（4,200点）、「その他」（4,500点）
 - 「院外処方」（2,200点）、「その他」（2,500点）
- ◇在宅療養支援診療所と連携医療機関が算定できる点数
 - 「往診料・緊急加算」（650点）、「夜間加算」（1,300点）、「深夜加算」（2,300点）
 - 「在宅患者訪問診療料・ターミナルケア加算」（10,000点）
- ◇在宅療養支援診療所の医師の指示で算定できる点数
 - 「訪問看護・指導料の緊急訪問看護加算」（265点）

「在宅ターミナルケア加算」（1,500点）

「訪問看護・指導料の重症者の在宅移行管理加算」（500点）

となっている。

2-16 2008年4月改定

後期高齢者医療制度の創設に併せた在宅医療の充実と評価がおこなわれた。大きくは6点である¹⁰⁾。

①「在宅療養支援病院」の創設

診療所のない地域において、在宅医療に取り組む病院を評価するようにした。「在宅療養支援診療所」と同様に、「在宅時医学管理料1」および「在宅末期医療総合診療料」の加算ができるようになった。

②介護療養型老人保健施設における医療の充実

介護療養型老人保健施設は、医療ニーズの高い患者が入所することから、緊急時に必要な処置等を行った場合、「緊急時施設治療管理料」（500点）が新設された。

③退院後の生活を見通した入院医療の推進

後期高齢者医療制度の診療報酬において、「後期高齢者退院調整加算」（退院時1回100点）、「後期高齢者退院時薬剤情報提供料」（退院時1回100点）、「後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料」（退院時1回180点）、「後期高齢者外来継続指導料」（退院後最初の診療日200点）が設定された。

④在宅医療における情報共有の推進

在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会してカンファレンスを行うことで、情報共有を図ることとして、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」（月2回200点）が新設された。

⑤訪問看護の推進

「在宅患者訪問看護・指導料」（1日につき）

保健師・助産師・看護師	週3日目まで	530点→555点
	週4日目以降	630点→655点
准看護師	週3日目まで	480点→505点
	週4日目以降	580点→605点

10) この6点は、伊藤（2008）pp.380～382を引用した。

在宅ターミナルケア加算 1,200点→2,000点

⑥居住系施設入居者への医療サービス提供体制の充実

入院から在宅医療への移行をさらに推進させるために、居住系施設等「在宅」に含められ、それらに入居する患者に対する次の点数が新設され、自宅等の患者と区分された。

「在宅患者訪問診療料2」（1日200点）

「居住系施設入居者等訪問看護・指導料」（1日につき）

保健師・助産師・看護師	週3日目まで	430点
	週4日目以降	530点
准看護師	週3日目まで	380点
	週4日目以降	480点

「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料2」（週6回位255点）

「在宅患者訪問薬剤管理指導料2」（月2回385点）

「在宅患者訪問栄養食事指導料2」（月2回450点）

2-17 2010年4月改定

- ①「在宅患者訪問診療料」において、「居住系施設」が「同一建物居住者」へと区分名の変更があった。また、「居住系施設入居者等訪問看護・指導料」が「同一建物居住者訪問看護・指導料」へと点数名称の変更があった。これは、「同一建物居住者以外の場合」と「同一建物居住者の場合」に組み替え、マンション等の集合住宅と居住系施設を同列に扱い、同一の建物に患者が存在するという理由から、訪問診療料等について低い点数を新設した。
- ②「在宅療養指導管理料」は、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院から紹介を受けた患者について、紹介月に限り、複数の医療機関で算定するという制限を導入した。従来、異なる複数の指導管理が必要な患者を、複数の医療機関が指導管理する場合の算定制限はなかった。
- ③「在宅時医学総合管理料」または「特定施設入居時等医学総合管理料」に「在宅移行早期加算」（100点）が新設された。加算を算定する場合は退院後、在宅医療に移行、3月限度で算定するが、退院から1年を経過した患者には算定はできない。
- ④乳幼児にも、在宅医療移行促進が図られ、訪問診療や訪問看護の報酬に乳幼児加算・幼児加算を新設した。「在宅患者訪問診療料」の「乳幼児加算又は幼児加算」（1日200点）、「救急搬送診療料新生児加算」（1,000点）、「在宅小児低血糖症患者指導管理料」（820点）

などである。

2-18 2012年4月改定

①機能強化型在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の新設

常勤医3人以上で24時間365日の対応が可能な在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院において、「往診料」の「緊急往診加算」、「夜間往診加算」、「深夜往診加算」、「在宅患者訪問診療料」の「ターミナルケア加算」、「在宅時医学総合診療料」、「特定施設入居時等医学総合管理料」、「在宅がん医療総合診療料」の点数が引き上げられた。

②訪問診療料の在宅ターミナルケア加算が再編され、「看取り」(3,000点)が別に評価された。

2-19 2014年4月改定

①在宅療養後方支援病院¹¹⁾の新設

この改定で、在宅療養後方支援病院が新設された。在宅療養後方支援病院は、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の「後方支援」をおこなう病院のことである。その目的は、在宅療養患者が、病状の悪化などにより、緊急入院ができるようにするためである。在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院がまだまだ少ないためである。

そのほか、在宅療養支援診療所以外の医療機関が行う「在宅時医学総合管理料」の点数の引き上げ、「在宅療養実績加算」、在宅療養後方支援病院と在宅医療を担う医療機関との共同をはかる「在宅患者共同診療料」など、在宅医療の充実がはかられた。

その一方で、質的強化として、機能強化型在宅療養支援診療所・支援病院での緊急往診・看取り件数の要件の強化がはかられた。

②保険診療の運用上で不適切と考えられる事例への「適正化」対策

在宅医療の量的確保とともに質の高い医療を提供するためとして、

(ア) 訪問診療料の算定要件厳格化と同一建物における点数の1/2の引き下げ、

(イ) 「在宅時医学総合管理料」等に同一建物の概念を導入し、およそ1/4の点数を設定、

(ウ) 療養担当規則に、経済的誘引による患者紹介を受けることの禁止を規定、

(エ) 訪問看護、精神科訪問看護の同一建物への複数訪問の見直し、

などが実施された。

11) 在宅療養後方支援病院とは、①許可病床200床以上の病院であること、②当該病院を緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出ている患者（以下、入院希望患者という）について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること、③入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換をしていること、の3つを満たした医療施設のことである。

2-20 2016年4月改定

- ①在宅医療に初めて評価区分を導入した。在宅対象患者の明確化と絞り込みを目的としている。

「在宅時医学総合管理料」、「施設入居時等医学総合管理料」において、対象疾患と状態により、患者の重症度を評価し、月の訪問回数で区分する仕組みを導入し、3つに分類した。その内訳は、重症度評価を加えた訪問回数により、

(ア)重症度の高い患者に月2回訪問診療をする、

(イ)月2回訪問診療をする、

(ウ)月1回訪問診療をする、

の3つの区分にし、かつ同一建物患者の考え方を廃止し、新たに単一建物患者の導入により、1人、2～9人、10人以上に、3区分した。これにより、それぞれ9通りの点数が設定された。また、強化型在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院と通常の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院、それ以外でも点数が分かれる。

また、単一建物診療患者の考え方を設け、施設など集合住宅の入居者について、その月に「在宅時医学総合管理料」等を算定する患者の人数によっても3分類した。

- ②「訪問診療料」や「在宅時医学総合管理料」等における高齢者向け施設の分類について特定施設かどうかの区分を無くした。

- ③在宅医療の対象を「障害を持つ小児」に拡大した。

強化型在宅療養支援診療所・同支援病院の施設基準に、「15歳未満の超重症児に対する医学管理」の要件を満たせば、看取り件数を満たさなくても良いという要件が加わった。

- ④「在宅自己注射指導管理料」の算定ルールを見直した。

同一の患者について、2以上の医療機関で異なった疾患に対する指導管理を行っている場合、それぞれの医療機関で在宅自己注射指導管理料が算定できることとされた。

2-21 2018年4月改定

- ①強化型在宅療養支援診療所・同支援病院の各施設基準における在宅での看取り実績の要件が緩和された。

直近6月間にわたり、「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」」、「同（Ⅱ）の「注1のイ」」又は「在宅がん医療総合診療料」を算定していた患者について、患者・家族の意向に基づき、自院又は連携医療機関に入院して7日以内に死亡した場合は、在宅における看取り実績にカウントできることとされた。

②「訪問診療料」は、これまで同一患者に対する複数医療機関からの算定が認められなかったが、「在宅時医学総合管理料」等の算定要件を満たす他の医療機関からの依頼で訪問診療を実施した場合、算定可能となった。ただし、月1回、開始月から6月（神経難病等の患者は除く）に限るという算定制限が設定された（6月ごとに改めて依頼を受ければ継続して可能）。

③「在宅患者訪問診療料（Ⅱ）」の新設

有料老人ホーム等を併設する医療機関が当該施設入居者へ訪問診療した場合に算定できる。

④「在宅時医学総合管理料」、「施設入居時等医学総合管理料」の単一建物居住者の人数による点数格差は改善されず、一方で訪問薬剤、訪問栄養にも導入される結果となった。また、「別に定める状態の患者」以外の患者で、月2回以上訪問診療している患者の点数が下げられた。

（ア）包括的支援加算の新設

上記の点数引き下げの一方、「別に定める状態の患者」以外の患者で月2回以上訪問診療している患者と、月1回訪問診療している患者について、要介護2以上に該当する等一定の状態の患者に対して包括的支援加算150点が新設された。前回導入された「別に定める状態の患者」の区分に続き、在宅患者の「医療必要度」基準を導入したとも言える。

（イ）「継続診療加算」の新設

在宅療養支援診療所以外の診療所で、当該診療所単独又は他医療機関と連携して24時間連絡体制・往診体制を確保している場合について、「継続診療加算」が新設された。在宅療養支援診療所の施設基準から「看取り実績」を除いた形で評価したともいえる。

⑤訪問看護療養費（訪問看護ステーションの費用）

（ア）「機能強化型訪問看護管理療養費3」の新設

医療機関の看護職員の研修や人材交流の受け入れ、重症の在宅患者の訪問看護の実施等を行っている場合に算定できる。

（イ）「緊急訪問看護加算」

在宅療養支援診療所以外の診療所が他医療機関と連携して24時間連絡体制・往診体制を構築している場合、主治医が対応していない夜間等において、連携医療機関の医師による緊急訪問指示を受けた場合でも算定できることとなった。

3. 診療報酬制度における在宅医療の特徴

これまでの診療報酬制度における在宅医療の形成と展開の特徴は、次の2点である。

第1に、全体的に、診療報酬制度における在宅医療は、改定のたびに充実してきたことである。その点数の項目は次第に増え、算定点数も引き上げられてきた。対象となる患者も、自己注射→痴呆症（認知症）高齢者→末期がん患者→終末期→小児（幼児）と対象は拡大してきた。川人（2018）が指摘したように、高度な医療が在宅でも受けられるようになったこと、外来通院の困難な患者が在宅で医療が受けられるようになったことは、患者やその家族にとって、生活を豊かにした。

第2に、近年の改定で、在宅医療を推進しようとするあまりに、項目と点数計算がやや複雑になってきていることである。その理由として、「居宅」として様々な医療施設・介護施設を認めるようになったこと、2006年度以降に創設された在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院、機能強化型の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院との24時間体制・往診体制が重視されていること、である。

おわりに

今後も、筆者は、入院医療を在宅医療に切り替えることで、本当に国民医療費が削減できるかどうか検証を続けていくが、検証の第1歩として本稿で明らかになったことは、在宅医療の診療報酬は、診療項目が増加し、各項目の当初点数は引き上げられてきた結果、在宅医療が充実するとともに、その医療費も増加してきたということである。入院医療を減らし、在宅医療にシフトすることで、患者の治療生活が充実し、全体の医療費が削減できるかどうかの検証を今後の課題とし、整理する。次の2点である。

第1に、診療報酬制度における同一の患者・同一の期間での、入院医療点数と在宅医療点数との比較である。入院医療を在宅医療に切り替えることで、本当に「在宅医療が入院医療よりも安上がりになる」のか検証することである。

第2に、在宅医療の対象となる疾病・患者数の整理である。昨今、在宅医療に相当する疾病や患者数の正確な情報がないまま、在宅医療推進の議論が進められているようにみえる。過去に支払われた診療報酬点数の情報を収集し、これまでの実績値をもとに議論する土台をつくりたい。

謝辞

本論文の査読に対して、匿名の査読者から有益なコメントを受けました。記して感謝いたします。むろん、ありうべき過誤についての責めはすべて筆者に帰せられるべきものがあります。

また、医科診療報酬点数表の閲覧・複写等において、大阪産業大学総合図書館の職員の方々に、多大なるご尽力とご配慮を賜りました。記して感謝いたします。

参考文献・資料

- 伊藤雅治（2008）「在宅医療の医療政策上の位置づけと展開」、佐藤智（編集代表）（2008）『明日の在宅医療 第1巻 在宅医療の展望』第16章, pp.357～385, 中央法規出版。
- 乾賢一（監修）（2017）『薬学と社会—医療経済・多職種連携とチーム医療・地域医療・在宅医療—』中山書店。
- 川人明（2010）『在宅医療の完全解説 2010-11年版』医学通信社。
同（2012）『同 2012-13年版』医学通信社。
同（2014）『同 2014-15年版』医学通信社。
同（2016）『同 2016-17年版』医学通信社。
同（2018）『同 2018-19年版』医学通信社。
- 小磯明（2013）『医療機能分化と連携—地域と病院と医療連携—』御茶の水書房。
- 齋藤立滋（2017）「在宅医療の推進における現状と課題」、『大阪産業大学経済論集』第19巻第1号, pp.29-42, 2017年10月。
- 齋藤立滋（2018）「在宅医療と在宅介護の基盤整備の相関分析—「在宅医療にかかる地域別データ集」の検討—」、『大阪産業大学経済論集』, 第19巻第2号, pp.59-72。
- 齋藤立滋（2019）「在宅医療の推進は医療費を減らせるか—研究動向のサーベイと費用比較の枠組み—」、『大阪産業大学経済論集』, 第20巻第2号, pp.47-56。
- 社会保険研究所『医科診療報酬点数表』
昭和56年6月版, 昭和59年3月版, 平成14年4月版, 平成16年4月版, 平成18年4月版, 平成20年4月版, 全国保険医団体連合会。
- 田城孝雄（2006）「在宅医療の普及阻害要因」, 田中滋・二木立（編著）（2006）『講座 医療経済・政策学第3巻 保健・医療提供制度』第5章, pp.103-118。
- 広井良典（1994）『医療の経済学』日本経済新聞社。
- 松田晋哉（2015）『地域医療構想をどう策定するか』医学書院。
- 横山壽一・池尾正・増田勝・長友薫輝・今西清（2018）『いま地域医療で何が起きているのか—「地域医療構想」のねらい—』旬報社。
- 吉原健二・和田勝（2008）『日本医療保険制度史（増補改訂版）』東洋経済新報社。
- 和田忠志（2018）『在宅医療臨床入門（第2版）』南山堂。

全国保険医団体連合会『月刊 保団連』

No.239 (1986年5月号), No.280 (1988年4月号), No.328 (1990年3月号),
No.381 (1992年4月号), No.445 (1994年4月号), No.505 (1996年4月号),
No.580 (1998年4月号), No.659 (2000年4月号)。

The Establishment and Development of Home Medical Care in the Public Medical Fee System of Japan

SAITO Ryuji

Key Words : Home Medical Care, Public Medical Fee System

Abstract

The purpose of this paper is to clarify the establishment and development of home medical care in the public medical fee system of Japan in an attempt to verify whether switching to hospital care from home medical care can really reduce national medical expenses. Specifically, we will clarify, on a time line, how home medical care has been incorporated and positioned in the public medical fee system. In the literature to date, Ito (2008) is the only study found that has traced and clarified the inclusion of home medical care in the public medical fee system. The significance of this paper is to provide further discussion of what has transpired in the development of home medical care since 2008 and Ito's study.