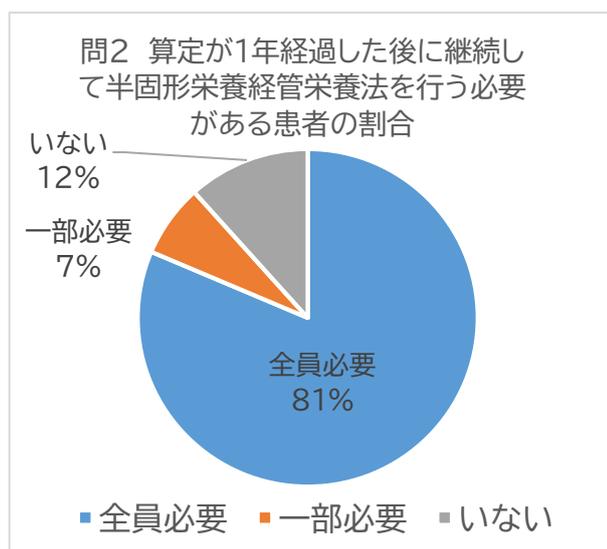


在宅半固形栄養経管栄養法と認知症診療アンケート結果

大阪府保険医協会は「在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料と認知症診療」について、会員医療機関向けのアンケートを行いました。アンケートは2021年4月20日(火)～5月10日(月)まで行い、201件の医療機関から回答がありました。

アンケートではまず、在宅半固形栄養法指導管理料の算定対象患者がいますかと質問しています。結果は「いる」が43件(22%)、「いない」が149件(75%)で、「その他」が7件(3%)でした。「その他」の内容は、「現時点では算定患者はいないが過去にいた」、「1年以上経過した人がいる」でした。

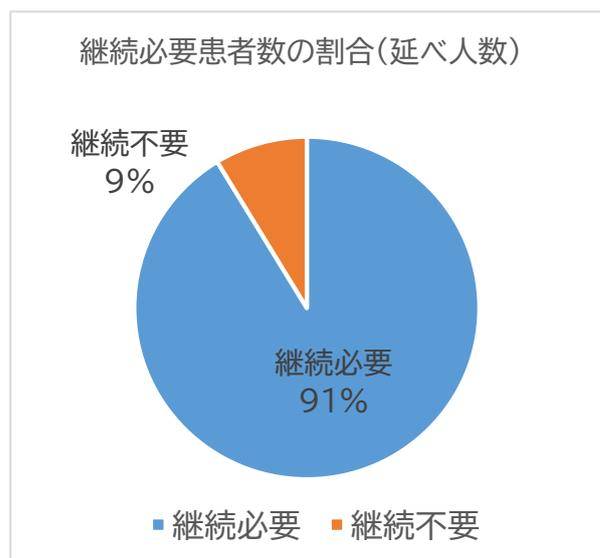
続いて、問1で算定対象患者が「いる」と回答した医療機関で、半固形栄養経管栄養法を導入し、算定が1年を経過した後に継続して半固形栄養経管栄養法を行う必要がある患者の人数を問うと、「全員必要である」と回答した医療機関が35件(81%)で大半を占めました。「一部必要である」と回答した医療機関は3件(7%)で、「いない」と回答したのは5件(12%)でした。多くの患者さんが1年経過後も継続して半固形栄養経管栄養法を行う必要があると分かりました。



また問1で、現在は半固形栄養経管栄養法を算定している対象者がいない為、「いない」や「その他」と回答した医療機関でも、過去に半固形栄養経管栄養法を導入し、1年を経過した後に継続して半固形栄養経管栄養法が必要であった患者がいると回答した医療機関は6件あり、過去に算定した11人中10人は継続する必要があったと回答しています。

○半固形栄養経管栄養法を導入した患者の9割が継続必要

述べ人数で見ると、半固形栄養経管栄養法を実施した延べ人数が125人に対し、継続が必要な患者の延べ人数は114人と、9割以上の患者さんが継続して半固形栄養経管栄養法をする必要があることが明らかになりました。



○算定期限廃止を求める多数の声

最後に、在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料・経管栄養法指導管理料のあり方について意見を伺うと、多くの医療機関から、「1年間の期間制限をなくしてほしい」、「1

年という期間のエビデンスを示してほしい。そして、なぜそれ以降は不可であるのかが不明です」、「経口摂取を再開できる目途のある患者が皆無であり1年という期限を設定することが臨床現場とマッチしていません」等、1年という算定期限に疑問を呈する声が寄せられています。

また、「半固形指導が1年だけなのはおかしい。認知症末期で嚥下リハも困難な人や神経障害で嚥下機能の回復が望めない方のみ診ています」、「半固形は誤嚥のリスクも下がり、介護者の負担も減るため液体の栄養を入れるよりもメリットが高く、1年で算定を終わりに続けるべきである。半固形をもっと推奨すべきである」等、胃瘻からの脱却が難しい症例や半固形を継続することでのメリットもあることが明らかになりました。

その他、経管栄養法の在り方について寄せられた意見を下記に記載します。

経管栄養法の在り方についての意見

- ・ 期間制限をなくしてほしい
- ・ 算定期間の廃止
- ・ 胃ろうをつくる時点で、ほとんどは胃ろうから離脱できないこと、その際は1年後に負担が(具体的に)どの程度増えるかをしっかり伝えた上で胃ろうを作るべきだと思います(作る時点での制限が必要)
- ・ 注入加圧バックも点数反映して欲しい
- ・ 1年間で算定が取れなくなるのは困ります。
- ・ 現状をみて算定すべきです。想定で算定すべき物です。
- ・ 在宅のみでやっていないので持ち出しは

目立ちませんが、増えてくると困ります。

・ 算定の期間を限定することなく、管理を必要とする以上算定を認めるべきである。

・ 栄養管セットを持ち出しで実施したことはあります

・ 算定期間を1年にしぼらず、半固形栄養を使用している間は指導管理料の算定対象としてみなおして頂きたいです。

・ 必要時処置する

・ 1年後も保険でカバーできるようにして下さい。

・ 患者さんが本当に必要な症例は意外と少ないのではないかと考えることがあります。経管用の tube の位置が動いて肺炎をおこすこともあるのではないのでしょうか。

・ そもそも1年のしぼりがあること自体がおかしい。(半固形剤は胃ろうからの脱却という意味合いは本来ない!)また、栄養剤の種類にかかわらず経管栄養を行っている人全員にその指導管理料を算定できるようにすべき。

・ 1年で食事ができるようになる方はいない(少ない)ので、「在宅半固形栄養管理料」は有か無かのどちらかの方が良い。

・ 造設後の時間経過で半固形から離脱できるものでもありません。症例ごとの判断が必要と考えます。

・ 胃ろう設置の患者は1名いるが月2回の訪問診察だけです。胃ろうの交換は他の医師が実施しています。質問の内容は考えたこともありません。

・知らなかった

・できれば算定期間を設定せずに半固形栄養を注入している患者にはすべて算定できるようにしてほしい。

・しっかりとした点数がとれ、管理をきちんと評価してくれるよう望む。特に経口摂取に戻る可能性のある患者に高く設定すべきだと思う。

・半固形は誤嚥のリスクも下がり、介護者の負担も減るため液体の栄養を入れるよりもメリットが高く、1年で算定を終えずに続けるべきである。半固形をもっと推奨すべきである。

・経口摂取を再開できる目途のある患者が皆無であり1年という期限を設定することが臨床現場とマッチしていません。

・半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定したところ、経腸栄養剤（イノラス®）の処方日数が少ないという理由でまるまる減点された。処方日数の減少の理由は、胃ろうからの脱却のため、経口摂取をさせていた結果であり、評価していただきたい。上記の場合は、経口摂取量をコメントでその都度入力しなければならぬため煩わしい。また、保険者によっては、イノラスはだめで、エレントールなら良いなど統一性に欠けている。

・算定期間を1年間のみと限定するのはいかがなものか。

・胃ろう造設したら、死ぬまで栄養剤を注入する人がほとんどなのに1年しか算定できないのはおかしいと思う。

・もともとなくても良い管理料。胃ろうに附

随する管理料が高くなり、不必要な胃ろう造設が増えるとしたら良くないことだと思います。

・在宅でない通院中の患者の処方を希望されて困惑したことがある。理由は飲みやすいということ。お粥等は摂食可能な人。

・基本的に保険適用したくない。医療機関が負担することが前提の報酬

・今までに1年を超える算定なし。在宅を積極的に行っている医療機関ではきびしい算定条件ですね。

・半固形栄養経管栄養法指導管理料に1年の制限をなくし、永続的に算定できるようにしてほしい。

・現場の実態を正しく把握し、持ち出しのない様にしてもらいたい。CPAPもその様な感じで持ち出しが発生する。がまんして続けているが、モチベーションはまちがいで下がります。

・原則廃用症候群（認知症増悪）の患者さんは胃ろう離脱は困難にて1年間の算定では継続加療に支障を来します。

・1年以上でも算定できるようにしてほしい。

・1年限度というルールがあるので1年を超えて算定できないという点がさらに延長されれば持出しが減るのではないかと思います

・なぜ算定期間が1年間なのか分からない。一旦半固形以外の栄養剤に変えてもうまくいかに半固形に戻ってしまう症例もある。

認知症診療に関するアンケート結果

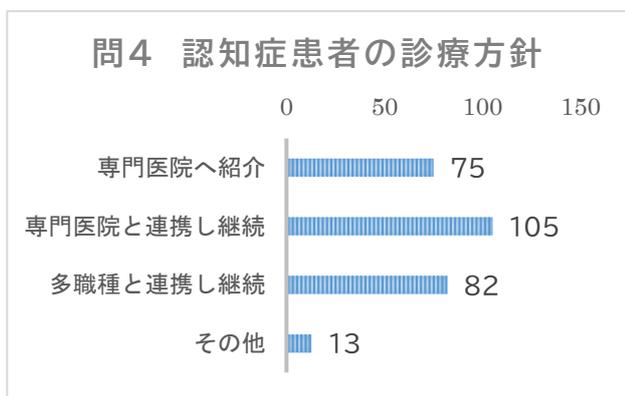
続いて、認知症診療についてのアンケート結果です。

まず、問4では、通院患者が認知症と診断された場合の治療方針について聞いています。一番多かった回答は、「専門医療機関と連携して診療を継続する」(105件)で、次に「多職種で連携して診療を継続する」(82件)、「専門医療機関に紹介する」(75件)、「その他」(13件)でした。

「その他」の内容は、「当院で加療」が10件、「役所に相談してもらう」が1件、「患者家族が専門医へ連れていく」が1件、無回答1件でした。

多くの医療機関で、専門医療機関や多職種と連携しながら診療又は自院で診療を継続していることが分かりました。

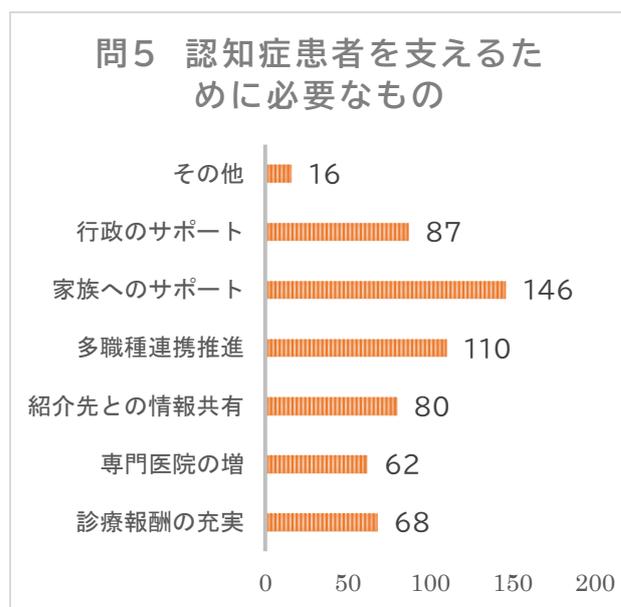
○認知症患者本人だけでなく、家族のサポートと多職種連携の推進が必要



次に、問5で、認知症患者を支えるために先生が必要だと考えるものは何かとの質問では、「家族へのサポート充実」が146件と一番多く、次に「多職種連携の推進」が110件でした。そのほかは、「行政からのサポート」が87件、「紹介先医療機関の情報共有」が80件、「診療報酬の充実」が68件、「専門

医療機関の増」が62件、「その他」が16件となっています。認知症患者本人だけでなく、家族へのサポートを求める声が一番多く寄せられる結果となりました。また、認知症患者は医療や介護・行政等、様々な職種が関わり合うため、多職種連携をより一層推進する声が挙げられています。

その他、1人暮らしや介護力不足の場合に認知症患者を受け入れてくれる施設を充実してほしいという声や、オレンジチームの見直し、BPSDの対策を求める声がありました。



最後に認知症患者に関する診療報酬の在り方について意見を伺いました。以下が寄せられた意見の一覧です。

認知症患者に関する診療報酬の在り方

● 本人や家族等に対する説明や指導の評価を

- ・ 10分間単位毎の時間加算料
- ・ 診察時間が長くなるが多いため、認知症患者の再診料増額を希望します

- ・家族相談などの時間を含めて加算が必要（麻酔科）
- ・「家族への説明・指導」に対する算定可能項目を作ってほしい（時間努力を要します）（精神科）
- ・当院は神経内科専門医として大半の認知症に対応しているが認知症センターではないため、時間をかけている割には診療報酬がほとんどないため赤字になる。毎回センターとの書類のやりとりが必要というのも現実的ではない（精神内科）
- ・診察時間が長くなることに対する加算があればよいかと考えます（内科）
- ・認知症の重症者（例えば長谷川式：9点以下、BPSDが重症例 etc.）は診察にも手間がかかるので報酬をあげてもらいたい気持ちはあるが、家族、介護者等の方がもっと大変なのでここを支える手段を考えて診療報酬に入れてほしい（内科）
- ・認知症患者に対する加点、増点をするとよい（長谷川式中等症以上なら～）（内科）
- ・一般診療より手間がかかるので加算して欲しい（整形外科）
- ・認知症単独受診の方は診察に時間がかかるため現状の報酬では専門医は困っているのではと思います（外科）
- ・診察時間の長大化（家族への事実確認、状況説明、方針の共有、個人の尊厳の確保他）に対するの評価が期待される（内科）

●多職種連携の評価推進

・カンファ等多職種連携に対して手厚い診療報酬があれば……（特にBPSDに対する介入）（内科）

・多職種との連携は手間と時間がかかります。でも必要なことなのでやっています。加算があると嬉しいです（外科）

・認知症患者の外来通院補助者との連携報酬を介護保険とは切り離して診療報酬でもらって、ヘルパー事業者が医院に請求すれば良いかもしれません（内科）

・認知症患者に対する診療は本人の診療の上に家族への指導やサポート、さらにはケアマネ等との連携・相談など多岐にわたるため、その労力に見合う指導料がぜひとも必要！！（内科）

・多職種連携の加算をつけるべき（内科）

・家族への説明やケア、相談に乗ったり、ケアマネジャー、訪問看護師と連絡を取ったり等、他の患者に比べてひとりにかかる時間が大きくなる認知症ケア加算を外来で適用できるようにしてはどうか（内科）

・MCS、LINEなどで他職種と連携していてもコストに反映なく、サポート重要な割に大変である。（家人からの相談も多く別で管理料など必要）（神経内科）

●精神科標榜にかかわらず算定できる管理料の新設や周辺症状による点数の評価等

・精神科標榜のみが手厚いのは理解に苦しむ。同じ時間家族と話をし、本人の話も聞く。

通常の外来の点数と同じなのはどうかと思う（脳外科）

・専門医でなくとも一般内科医が取れる指導管理料が必要。認知症療養指導料は算定し難い（内科）

・認知症独自の指導管理料を設定してほしい（外科）

・認知症を合併した場合の慢性疾患の管理料の点数を高くすべき（内科）

・問題行動や症状も多彩であり、変化も多い。長期にわたり家族も含め指導する必要あり、指導管理料の設定が必要と思われる（内科）

・専門医でも精神通院療法でしか算定できない。認知症でも上記で算定できるように（内科）

・BPSD に対する加算がない（内科）

・認知症、周辺症状の程度によって点数をかえたらどうでしょう（内科）

・精神科対応に近い状態の方もいるので、それに見合った算定をしてくれないと手間ばかりかかるため、担い手がいなくなると思います（内科）

・以前あった加算のようなものがあれば助かる（神経内科）

・スクリーニング検査（HDR-S、MMSE、CDR、MuCc-J など）の点数が低い。精密検査（BURT、RBMT、TMT、WAB など）は時間の割に点数も低く、査定されることがある（内科）

・視力測定が困難で屈折検査と矯正視力の

点数を取っていません（眼科）

・現状では薬の効果が乏しいので来院しなくなる患者さんが多い（整形外科）

●サポート医の評価

・医師会 認知症サポート医になったが、診療報酬に反映されない（外科）

・認知症サポート医をしているが、表だった働きが不明（内科）

・加算が専門医・サポート医との連携のみで6ヶ月のしほりがあるのはおかしい（内科）

・認知症疾患医療センターが全く機能していないのに報酬が高いのはいかがなものか。サポート医の診療にも報酬があるが、複雑かつ手間で算定しにくい（神経内科）

●その他

・ADL は元気でも、日中独居で定期通院ができないというだけで在宅医療に持っていく在宅医療専門クリニックが多いことが問題です（患者訪問時間が5分とか）（内科）

・介護保険の区分認定において必要な介護を受けられるより軽度に判定される。とくにうつ病を合併している場合それに対する考慮が全く無い。運動機能中心の認定になっている（精神科）

・問題行動の少ない人は診察可能だが、ひとり暮らしか介護力不足の場合は施設がベターと考えている（内科）

・一口に認知症と言っても、医学的な軽重、同居人の有無、同居人のレベル等々により雲泥の差があると思います（糖尿病内科）

・多いと(充分)いえるかは不明。他の先進国との比較は困難であるが(整形外科)

・なるべく低くして患者の経済的負担を減らしてあげてほしい。今やどんな患者でも開業医、特に内科は取り合いです。診療報酬が低いから診ないということはありませんので(内科)

・認知症について家族教育が一番大切と感じています。よい案がありますれば小生にも指導を(内科)

・認知症については神経科、精神科にコンサルトしており直接診ておりません(リウマチ科)

・認知症独居の場合、親族がいないと往診も出来ない。4~5ヶ月前まで普通に通院していた人が急に認知症になって通院しなくなった(内科)

・行政やサポート関係者の介護の手薄(内科)

・若年性と老人性ではかなり方針がちがう場合もあるが、最終的には治療より受け皿(生活の場)をどうつくるかが重要。報酬は今のままでよいのでは(内科)

・家族の負担となるケースが多く、家族へのサポート充実が望ましい(内科)