



2022年5月23日放送

「第85回日本皮膚科学会 東部支部学術大会 ② 教育講演3-1

それでも私は往診をする～皮膚科在宅診療のススメ」

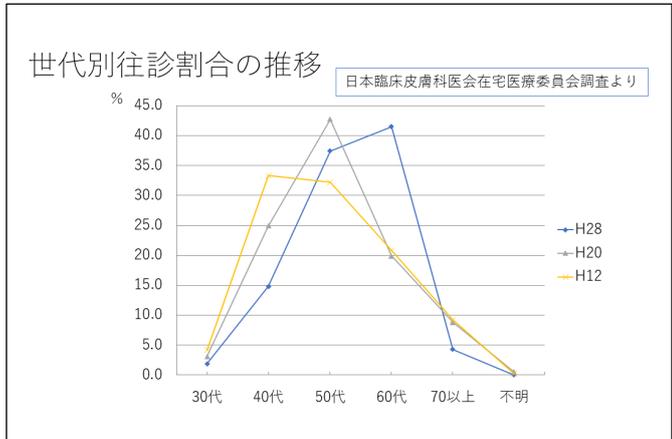
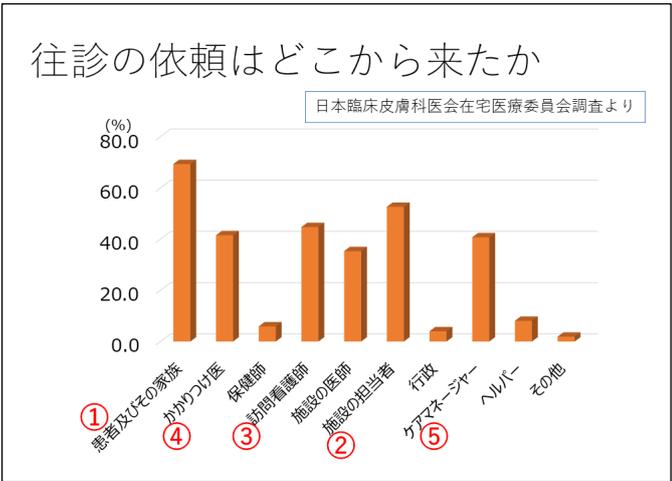
ふくろ皮膚科クリニック
院長 袋 秀平

皮膚科の往診に対する意識および実態調査

私は長らく日本臨床皮膚科医会、日臨皮で在宅委員を務めております。日臨皮では、往診する皮膚科医を増やすために様々な活動をしてまいりました。平成12年、西暦2000年以降、8年ごとに3回行ってきたのが、日臨皮会員を対象とした皮膚科の往診に対する意識および実態調査です。

いくつかの質問を行いましたが、まず、往診の依頼元については多い順に、患者またはその家族、かかりつけ医、保健師、訪問看護師、施設の医師、施設の担当者、ケアマネジャー、行政、ヘルパー、その他

いくつかの質問を行いましたが、まず、往診の依頼元については多い順に、患者またはその家族、かかりつけ医、保健師、訪問看護師、施設の医師、施設の担当者、ケアマネジャー、行政、ヘルパー、その他



さらに問題なのは、今後条件が整えば往診する意志があるか、という問いに対して、2000年には「ある」が41%、「ない」が26%であったのに、2016年には「ある」が19%、「ない」が42%と逆転してしまい、往診する皮膚科医が増える可能性が低下しております。

往診できない理由として挙げられたのは、「日常診療で手一杯である」「体力的に問題がある」が上位2つを占め、皮膚科開業医の多忙な日常がしのべられます。今のところ「経済的にメリットがない」という回答は少ないのですが、皮膚科医が往診した場合の診療報酬については問題があります。

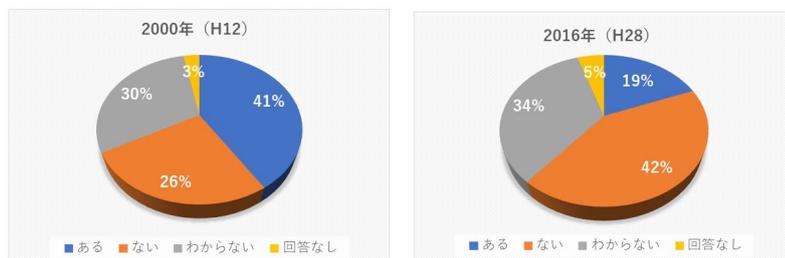
往診の診療報酬

往診した際の診療報酬については、初再診料、処置料、検査料、処方箋料など外来診療と共通するもののほかに、在宅診療料と在宅療養指導管理料の二つについて知っておく必要があります。

在宅診療料は、往診料と訪問診療料の2種類があります。往診料は患者などの求めに応じて単発的に訪問した時に算定します。それに対して訪問診療料は計画的に訪問する場合に算定します。この訪問診療料は、さらに1と2に分かれています。皮膚科医が往診を依頼される時には、すでに在宅主治医が介入していることが多く、そのような場合には、在宅主治医からの求めに応じて訪問することになり、在宅患者訪問診療料2を算定することになっています。

続いて在宅療養指導管理料です。皮膚科の在宅診療において算定できる指導管理料は、在宅寝たきり患者処置指導管理料であると思います。月に1回、1050点を請求することができますが、これを算定すると皮膚科軟膏処置、創傷処置などほとんどの処置を合わせて算定することはできません。唯一、重度褥瘡処置については2か月限定で算定することが認められています。そして最大の問題点は、一人の患者に対して指導管理料は1医療機関しか算定できないことです。先にも述べましたように、すでに在宅主治医が存在している場合が多く、ほとんどの例で在宅時医学総合管理料が先に算定されており、あとから介入した皮膚科医は指導管理料を算定できません。それだけではなく、行った処置に対する点

今後条件が整えば往診する意志があるか



日本臨床皮膚科医会在宅医療委員会調査より

往診できない理由

日本臨床皮膚科医会在宅医療委員会調査より

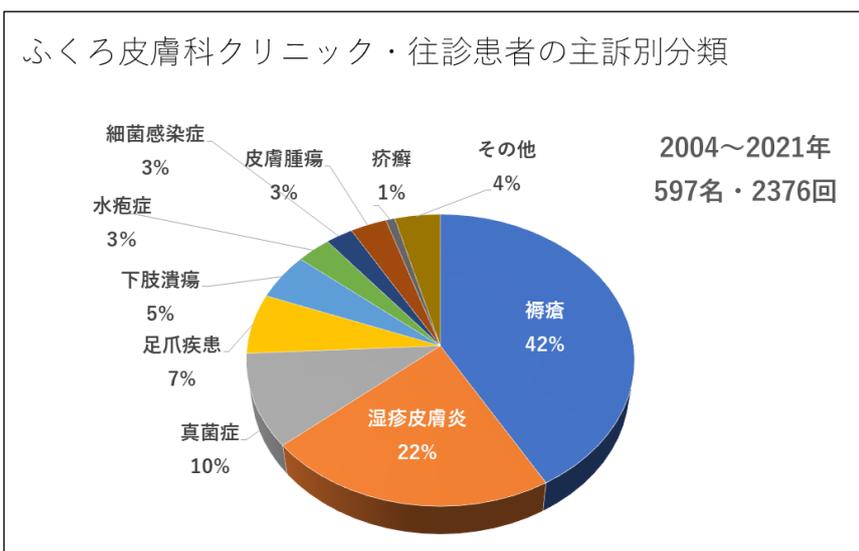
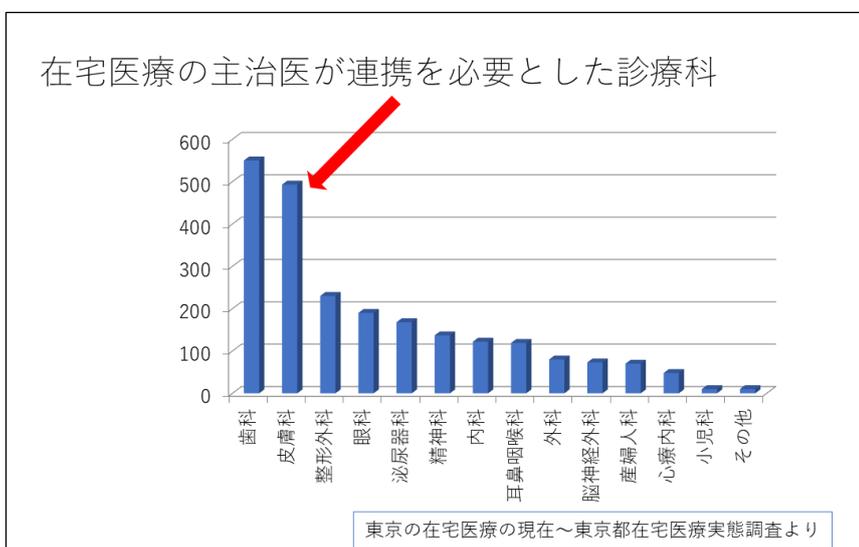
| | H12(%) | H20(%) | H28(%) |
|------------------------|--------|--------|--------|
| a)往診・訪問診療では十分な医療ができない | 1.8 | 10.8 | 13 |
| b)体力的に問題がある | 31.9 | 42.5 | 33.9 |
| c)日常の診療で手一杯である | 52.3 | 73.2 | 69.5 |
| d)患者さんからの依頼がない | 44.9 | 27.4 | 17.5 |
| e)皮膚科の往診は必要ないと思う | 3.3 | 1.2 | 0.2 |
| f)意欲がわからない | 4.2 | 6.8 | 6 |
| g)経営的にメリットがない | 5.4 | 5.5 | 7.5 |
| h)道路事情や交通など移動の手段に問題がある | 11.9 | 15.7 | 12.5 |
| i)ひとりで見知らぬ家を訪問するのは怖い | 4.9 | 8.9 | 9.1 |
| j)はじめから往診する意思はない | 8.8 | 6.2 | 6.7 |
| k)往診時における保険請求方法がわからない | — | 4.6 | 8.4 |
| l)勤務先に往診のシステムがない | — | — | 19 |
| m)その他 () | — | — | 5 |

数も請求できないという問題が生じてしまいます。たとえば「爪が切れないから切ってほしい」という依頼があり往診をして、苦勞して爪を切ったとしても、訪問診療料しか算定できないこととなります。今後、在宅医療の重要性がさらに増大し、専門的な医療が要求されることになると考えられる中で、診療報酬の点では一つの医療機関だけが優遇されている制度については問題があると思いますが、この改善には学会を挙げて取り組んでいただきたいと希望します。

なお診療報酬については複雑な条件付けがあり、また文言の正確性が要求されますので、できましたら成書をご参照ください。

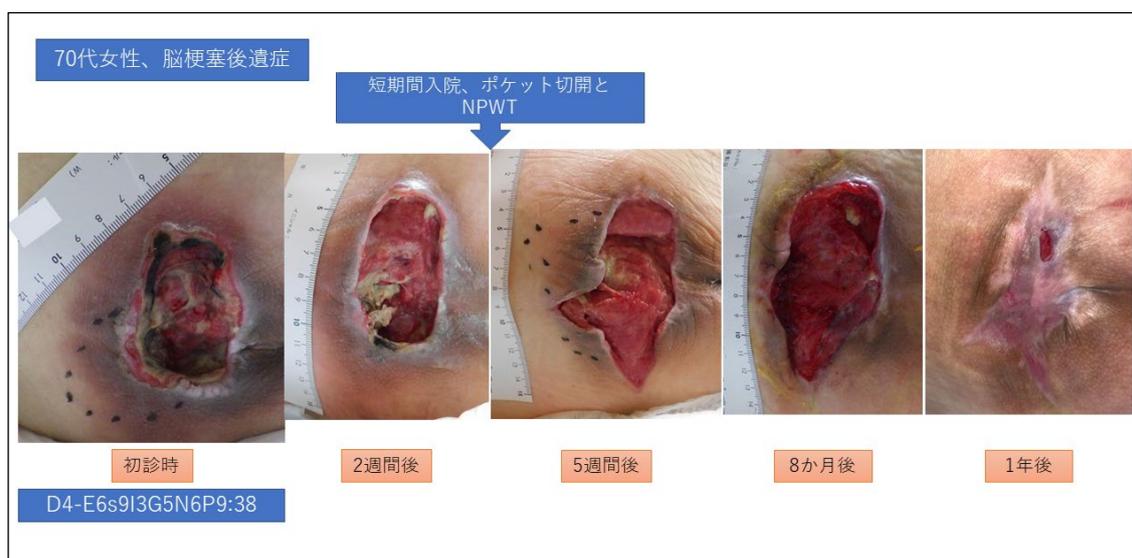
皮膚科が必要とされる在宅医療

このように診療報酬の点では皮膚科の在宅医療に明るいお話はあまりないのですが、それでも在宅において皮膚科が必要とされていることは間違いありません。東京都の在宅医療実態調査によれば、在宅医療の主治医が連携を必要とした診療科は、歯科が第1位ですが、医科、メディカルの中では皮膚科がトップになっております。日臨皮が行った訪問看護師とケアマネジャーに行ったアンケートでも、皮膚科医の往診が必要であるという回答が多く寄せられています。これも日臨皮がかつて行った調査ですが、在宅療養者や高齢者施設入居者の7割以上が何らかの皮膚疾患を有しているという結果が得られています。私のクリニックでは2021年末までの18年間で597名、2376回の往診を行いました。往診の理由となった主訴については、褥瘡が一番多く、40%を超えています。



重症な褥瘡の症例

脳梗塞発症後に重篤な後遺症で寝たきりになった70代女性の仙骨部に発生した重症な褥瘡の症例を経験しました。DESIGN-R分類では38点でした。感染を制御して壊死組織を除去することにより改善傾向にありましたが、病院の形成外科に依頼して短期間入院の上ポケット切開と陰圧閉鎖療法を施行、在宅での処置をしやすくしていただきました。その後は外用療法のみで改善し、約1年後に治癒いたしました。在宅では皮膚科医の往診だけで治療が完了することは少なく、この症例でも病院や訪問看護師、介護者である家族などとの連携が必要でありました。



高齢者施設への往診

一般の患者さんのお宅だけでなく、高齢者施設でも皮膚科の往診のニーズは非常に高くなっています。私も数多くの施設に往診してまいりましたが、そのきっかけになることが多いのが、疥癬です。疥癬については日本皮膚科学会もガイドラインを作成しており、治療もケア方法も確立しておりますが、ひとたび発生すると施設ではパニックに近い状態になることがいまだに多く、皮膚科医の介入が必要となります。疥癬で一番問題となるのは診断の難しさであると思います。典型的な症状を呈さない場合が多く、状況からは怪しいけれども確定できない、ということをよく経験します。しかし皮膚科医にはダーモスコピーという武器がありますので、それで体中を観察して、疥癬トンネルを見つけ出すのが疥癬の診断には一番よいと思います。皮膚科医の腕の見せ所といえるでしょう。ただし、ダーモスコピーにより疥癬の診断をしても、保険請求はできませんのでご注意ください。

おわりに

どうしたら往診する皮膚科医が増えるのでしょうか。開業する皮膚科医は多く見られますが、なかなか新規に往診に参入する皮膚科医は増えません。大学の医学部で、皮膚科で

も在宅診療の講義を行ったり、専門医資格取得のために何回かの在宅診療の経験を必須条件にしたりするなど、若いうちから在宅医療を身近なものとする教育を望みたいと思います。

最後に今後の展望をいくつか示します。1点め、診療報酬の問題については先に述べた通りです。診療報酬については、学会全体の問題として取り組む必要があります。2点め、今後の皮膚科の医療を担う、若い医師たち、あるいは医学生たちに、在宅医療の教育・啓発を望みます。3点め、近年、在宅専門クリニックが増加しています。そうしたクリニックに皮膚科医が在籍して、実際に往診を行ったり、往診に出ないまでもスタッフの報告を受けて皮膚の状態を見てアドバイスをするなどの業務を行っている例がみられています。皮膚科医としての新しい働き方になるのかも知れないと考えております。最後に、ますます進む超高齢社会において、在宅だけでなく高齢者施設も数が増えており、施設入居者の数も増加していきます。施設での皮膚疾患の対処も、今後問題になっていくと思います。

今後さらに増大する在宅医療の需要に対して、応えていく責任が、皮膚科医にはあると考えます。