

【自由記載欄より】

『 在宅医療をしている先生にお聞きしたいこと。 』

Q 耳鼻咽喉科医が在宅医療に関わっているという認識が社会にないのでは？

A 今回のアンケート結果では、在宅医療に取り組まれている割合は全体で約10%、診療所勤務で約15%でした。他科に比べ、耳鼻咽喉科では在宅医療に関わっている割合は高いとは言えず、耳鼻咽喉科医が在宅医療に関わっているという認識が社会では乏しいかもしれません。

Q 何故、耳鼻科医が在宅診療に関わる必要があるか？ 具体的なニーズについて、多くを示していただければと思います。

A 具体的なニーズにつきましては会員アンケート2在宅医療の取り組み（依頼理由）をご参照下さい。在宅療養されている方だからといって耳鼻咽喉科疾患を抱えておられる方が、必ずしも少ない訳ではないと思われます。

Q 往診では十分な診察レベルが確保できないのでは？

A 受診できない患者に対して往診で診察し、できる範囲の治療をする意義は十分にありますし、必要であれば入院治療につなげていくこともできます。

尚、C002、C002-2、C003の要件を満たす他の医療機関の依頼により薬剤耐性菌による難治性耳漏や一度の診察で除去できない様な耳垢栓塞等に対し訪問診療を行った場合には2回目以降の診察（但し翌月以降の場合）で在宅患者訪問診療料（I）2の算定が可能かと思われますが、レセプトには注記（耳垢水処方や耐性菌検出等）するのが望ましいと思われますが、又、耳垢栓塞の場合は、疾患の特性上、2回を超えた複数回の在宅患者訪問診療料（I）2の算定は認め難いと思われますが。

Q かかりつけ主治医との連絡はどうされているか？

A 主治医がいるかどうかを確認し、主治医がいる場合、基本的に紹介状を頂くようにされている方もおられますし、耳垢除去等は特に連絡せず、嚥下障害、鼻出血等、全身状態の考慮が必要な際にのみ連絡を取られる方もおられます。

Q 在宅医療を行う時間はどの様に取り替えているか？ 効率の良い方法は？

A 三歳児健診や学校医健診等と同様に、午前診と午後診の間の昼休み行う事が多いと思われますが、自宅と勤務先の間往診先がある場合、診療終了後の夕方や夜あるいは、午前診前に行う事により、移動時間のロスの軽減を図られる事もあると思われますが。

Q 時間外に呼ばれる事はありますか？

A 鼻出血では再出血の際、時間外に呼ばれる可能性はありますが、リスクの高い症例は入院管理が望ましいと思われます。頭頸部腫瘍末期、カニューレ管理なども時間外に呼ばれる可能性はありますが、それ以外の疾患で時間外に呼ばれる事は稀であると思われます。

Q 外来と在宅の両立は困難では？

A 会員アンケート2の結果（一日あたりの患者数と在宅医療の取り組み）をご参照下さい。今回の結果では一日あたりの患者数と在宅医療に取り組みされている割合の間に相関関係は認めませんでした。

Q 専門外の併存疾患などに対応していますか？専門外診療の比重がどの程度を占めるのですか？

A 耳鼻咽喉科以外での疾患で対応が必要な際、殆どの場合、耳鼻咽喉科医が対応を迫られる前に既に対応されており、対応がなされていない際も、専門医に対応を依頼できる状況にあるのではないかとと思われます。

尚、会員アンケート2の依頼理由からは数名の方からのみ内科全般、肺炎、全科の緩和ケア等、行っている旨の回答がありました。

Q 訪問する家庭によってはトラブルが生じる事があるかと思ひますが？

A 外来と同様にトラブルが生じる可能性はありますが、外来に比べ在宅医療での患家は医療者に感謝の念を持たれている傾向が強く、トラブルが生じる可能性はむしろ外来に比べ低いと思われます。（下記の在宅医療をしていない先生にお伝えしたいことをご参照下さい。）

但し嚥下障害や気管切開などを在宅で診る場合の危険性などについては、家族の方と十分な話し合いをし、文書で残す方が望ましいと思われます。

Q 単独で行うなら内科的な知識や技術が必要と思われますが？

A 在宅医療をしていない先生にお伝えしたいことの記載欄をご参照下さい。

一度、在宅医療を行ってみるとそこまで要求されない事が理解されます。但し嚥下障害では多職種連携が非常に重要になってます。

Q 嚥下障害では改善する事無く、悪化する可能性が多いと思われるがどこまで介入されるか？

A 耳鼻咽喉科医が在宅でのリハビリを担う事は現状では困難で、主にリハビリはS T

や訪問看護師が担っているのが実情と思われま。耳鼻咽喉科医は、患家の要望、介護保険の利用できる範囲、S Tや訪問看護師等のマンパワー等を勘案した上で、担当者等と相談しながら、介入の範囲を決めていく事になります。

Q 在宅嚥下障害診療での保険請求の仕方は？

A C002、C002-2、C003の要件を満たす他の医療機関の依頼により訪問診療を行った場合に、C001 在宅患者訪問診療料(I)2が原則6月以内に限り月1回の算定は可能です。またこれに伴いD298-2 内視鏡下嚥下機能検査行えば検査の算定も可能です。さらにH004 摂食機能療法も要件を満たせば算定は可能です。

一方、患者・家族等の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合(初診)には、初診料、往診料の算定が可能で、内視鏡下嚥下機能検査を行えば検査の算定も可能です。さらにH004 摂食機能療法も要件を満たせば算定は可能です。しかし、これ以降の定期的・計画的な患家での診療に対しては、往診料の算定は対象外となります。

尚、H004 摂食機能療法は、「摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、1回につき30分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。」とされ、要件を満たせば在宅を含めた嚥下障害を有する患者に算定は可能です。

Q 在宅患者訪問診療(I)2について6月を超えても引き続き算定できますか？

A 「2」は当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定できます。

但し、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、当該他の保険医療機関との間で情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、6月を超えて算定できます。尚、下記アまたはイに該当する患者については、さらに6月(6月+6月=12月)算定できるとされていましたが、令和2年度の改訂により、アまたはイに該当する患者については、要件を満たせば12月を超えても算定できる事が明確化されています。

ア その診療科の医師でなければ困難な診療

イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

Q 嚥下障害と診断された後のリハビリ体制はどの程度整っているのか？

A 今後のアンケート時の検討課題といたします。

Q 在宅嚙下障害診療での歯科医師やSTとの連携はどうしていますか？

A 連携のきっかけは地域での嚙下障害の研究会や講演会等が多いと思われませんが、きっかけについては今後も情報収集に努めたいと思います。

地域によっては、多職種団体の繋がりがあり連携がスムーズにとれるケースもありますが、現状では極少数で、多くは個人的な人脈からの繋がりが多いと考えられます。

具体的な連携内容として、歯科医師から耳鼻咽喉科医に対しては嚙下評価の依頼、STから耳鼻咽喉科医に対しては嚙下評価の依頼やリハビリ方法の相談、耳鼻咽喉科医よりSTに対してはリハビリの依頼などがあります。

Q 介護保険とどう関連づけていくのか？

A 在宅嚙下障害診療の場合、耳鼻咽喉科医による診察は医療保険での請求になりますが、STや訪問看護師によるリハビリは介護の必要性に対応する医療サービスとしては介護保険での請求になります。

尚、嚙下のリハビリを行える回数は、介護度や、どの程度他の介護サービスを利用するかにより規定されますが、1回40分、週1、2回程度の嚙下リハビリを受ける事が可能です。

Q 介護老人保健施設などの訪問などは保険点数算定できるのか？

A 介護保険適用病床に入院している要介護被保険者である患者が、急性増悪等により密度の高い医療行為が必要となった場合については、当該患者を医療保険適用病床に転床させて療養を行うことが原則であるが、患者の状態、当該病院又は診療所の病床の空き状況等により、患者を転床させず、当該介護保険適用病床において緊急に医療行為を行う必要のあることが想定され、このような場合については、当該病床において療養の給付又は医療が行われることは可能であり、この場合の当該緊急に行われた医療に係る給付については、医療保険から行うものであること、とされています。

尚、配置医のいる施設へ何回か往診に行くと配置医とみなされ往診料が取れなくなる事があります。配置医以外は緊急の場合や配置医の専門外の場合、初・再診料、往診料、特定疾患療養管理料、在宅療養指導管理料は算定できます。

又、入所者等からの個別の求めではなく、施設から入所者の健康管理を依頼され、そのために定期的に訪問する場合は配置医とみなされるため、初・再診料は算定できません。

Q リハビリでの回復が困難な場合、病院へ紹介しますか？経過観察ですか？

A 一定期間在宅で嚙下リハを行っても回復が困難な場合は、入院での嚙下リハを受け

ても、さらなる回復は一般的に困難で経過観察になると考えられます。手術加療を検討する場合であれば、病院へ紹介する価値はあると思われます。

『 在宅医療をしていない先生にお伝えしたいこと。 』

- ・開業耳鼻咽喉科医の方へ 時間がない、低コストだと言わずに、今まで十分儲けさせてもらった地域住民の方のために、在宅医療へ足を踏み出しては如何でしょうか。
- ・ご自身が患者から一番近くの先生であれば往診してあげて欲しい。
- ・とても感謝されることが多く、やりがいのある仕事です。
- ・まずは始めることをお勧めします。
- ・往診は結構大変なので、みんなが参加して一人一人の負担を減らしてほしい。
- ・患者さんの要求になるべく沿ってあげて、できる範囲で構わないと思います。
- ・まだまだ可能性はあると思います。医院に足を運ばれる方だけが患者ではないと思う。
- ・やり甲斐と、先行投資だと考えています。
- ・外来患者で永く治療を続けてきた患者が通院できなくなった場合、専門的治療・処置が必要なことからかかりつけ医や施設の医師や歯科医の手におえるとは考えられませんが。
- ・高齢者医療の一端が見えますので、見返りを求めず、一度、出てみてください。
- ・今後は在宅医療に少なからず携わらねばならないと思います。近隣の患者さんだけでも、必要があれば往診を受けてあげて欲しいです。
- ・在宅医療における耳鼻科医の役割は非常に大きいです。外来に通ってくることで患者は減っており今後は更に顕著になります。住み慣れた地域で最期を迎えたいと希望される患者のために在宅医療に足を踏み出していただけるよう願います。
- ・往診で治療まで完結することを前提とせず、まずはやってみること。耳鼻科医が診察して問題点を明らかにすることこそ意義がある。必要な検査や治療があれば、あとから主治医やケアマネなど対応を協議すればよい。
- ・昨年度から耳鼻咽喉科医師 3 名で訪問診療をメインに開業しています。在宅では病院よりも耳鼻咽喉科医師が求められている印象があります。嚥下、めまい、カニューレ交換、頭頸部腫瘍の末期など他科の医師が敬遠するような内容に現場はあふれています。最初は「耳鼻科医で在宅など務まるのだろうか」と不安でした。原点、初心に戻り、学びながら楽しんで訪問診療ができていると思います。
- ・自身が診ておられた患者さんは在宅でも診てあげてください。同じ職種の方から相談されたら乗ってあげてください。ご自身の空き時間はあるはずですが、その時間のごく一部を使って患者さんを診てあげるのには先生にしかできません。
- ・将来の耳鼻科医が安定した収入を得るための道筋を作ることが大切。

- ・先ずは一人でもいいので地域医療のために。
- ・地域の中での耳鼻咽喉科の地位向上のために少しは在宅に協力して頂きたい。
- ・地域医療に貢献するためには、在宅医療を行うことは開業医の義務と考えます。
在宅医療は患者・家族にとっても喜ばれるのでやりがいがあります。
- ・無理にする必要は無いと思いますが、今後の社会情勢の変化を考えると耳鼻科の在宅対応も地域ごとで必要になると思います。

『 ご意見ございましたらお書きください。 』

(在宅医療を行っていない方)

- ・このようなアンケートを、学会主導で行うこと自体が画期的だと思います。嬉しいです。ありがとうございます。合掌。
- ・できればやりたくありませんが、今後診療報酬の引き下げ等で従来の耳鼻科外来診療では生計が成り立たなくなる可能性があり、その場合に在宅診療をせざるを得ない状況になる予感はしています。アドバンテージとして嚥下領域は耳鼻科のもとに残しておければと思います。
- ・往診と通常診療では、時間当たりの報酬が違いすぎる。
- ・往診に必要な診療器具が、実稼働と比較して高価すぎる。
- ・在宅の嚥下は本来一番知識のある耳鼻咽喉科医がやるべき仕事ですが、歯科や他の職種に取って代わられています。しっかり介入すべきだと思います。
- ・在宅嚥下障害については常時嚥下訓練をしているS Tが主導的立場にあるべき。耳鼻科医も歯科医も診断するだけでは意味がない。耳鼻科医、歯科医はあくまで医学的所見を述べる以上のことはできないと思う。
- ・耳鼻咽喉科とはいえ、在宅医療が多くなってきているこの状況では参画を模索する動きは必要と考えます。嚥下に関しても歯科との競合分野になっていく事は必至ですので耳鼻咽喉科医も外に出ていく時期ではないかと考えています。
- ・耳鼻咽喉科医として今の自分に出来ることはやってみたい、やるべきと頭では思っているのですが、なかなか一歩が踏み出せないでいます。同じ思いでいる仲間が日本中にたくさんいると思います。小さなことから少しずつですかね。
- ・人口減少で、高齢者の難聴、訪問診療をしていかないと耳鼻咽喉科の存在意義がなくなっていくと思う。

(在宅医療を行っている方)

- ・この形式のアンケートは我々投函の必要がなく医会としても集計が容易でしょうから今後も実施されるとよいと思います。
- ・日本耳鼻咽喉科学会が遅ればせながら地域医療に関する関心を持ち始めたことは喜ばしいことである。今後は全国臨床耳鼻咽喉科医会主導で進めていただければ幸甚である。