

在宅医療（その1）

平成27年2月18日

本日の内容

1. 社会保障・税一体改革と平成26年度診療報酬改定の経緯
2. 在宅医療を取り巻く現状について
3. 在宅医療に対する診療報酬上の評価
4. 在宅医療の提供体制・提供状況について
5. 訪問看護について
6. 外来応需体制の運用のあり方について

1. 社会保障・税一体改革と平成26年度診療報酬改定の経緯

2. 在宅医療を取り巻く現状について

3. 在宅医療に対する診療報酬上の評価

4. 在宅医療の提供体制・提供状況について

5. 訪問看護について

6. 外来応需体制の運用のあり方について

社会保障・税一体改革①

社会保障・税一体改革大綱（抜粋）

平成24年2月17日 閣議決定

第3章 具体的改革内容（改革項目と工程）

2. 医療・介護等①

（地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化）

- 高齢化が一段と進む2025年に、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する。
- 予防接種・検診等の疾病予防や介護予防を進め、また、病気になった場合にしっかり「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現する。

（1）医療サービス提供体制の制度改革

- 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

＜今後の見直しの方向性＞

i 病院・病床機能の分化・強化

- ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
- ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

ii 在宅医療の推進

- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。

社会保障・税一体改革②

iii 医師確保対策

- ・ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進する。

iv チーム医療の推進

- ・ 多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

☆ あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬及び介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法を順次改正する。そのため、平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

(2) 地域包括ケアシステムの構築

- できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム(医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援)の構築に取り組む。

<今後のサービス提供の方向性>

i 在宅サービス・居住系サービスの強化

- ・ 切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高めるための24時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させる。
- ・ サービス付き高齢者住宅を充実させる。

ii 介護予防・重度化予防

- ・ 要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発化する介護予防を推進する。
- ・ 生活期のリハビリテーションの充実を図る。
- ・ ケアマネジメントの機能強化を図る。

社会保障・税一体改革③

iii 医療と介護の連携の強化

- ・在宅要介護者に対する医療サービスを確保する。
- ・他制度、多職種ของทีมケアを推進する。
- ・小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスを提供する。
- ・退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスを提供する。

iv 認知症対応の推進

- ・認知症に対応するケアモデルの構築や地域密着型サービスの強化を図る。
- ・市民後見人の育成など権利擁護の推進を図る。

☆ 改正介護保険法の施行、介護報酬及び診療報酬改定、補助金等の予算措置等により、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

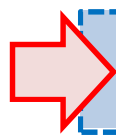
平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

基本認識

- 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。

重点課題



- **医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等**
入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実 等

改定の視点

- **充実が求められる分野を適切に評価していく視点**
がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進 等
- **患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点**
医療安全対策の推進等、患者データの提出 等
- **医療従事者の負担を軽減する視点**
医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進、 等
- **効率化余地がある分野を適正化する視点**
後発医薬品の使用促進 等

将来に向けた課題

超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、**引き続き、2025(平成37)年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要**がある。

平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

重点課題

社会保障審議会の「基本方針」

- ・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等



重点課題への対応

重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1. 入院医療について

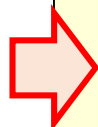
- ① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価
- ② 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
- ③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
- ④ 地域の実情に配慮した評価
- ⑤ 有床診療所における入院医療の評価

2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

- ① 主治医機能の評価
- ② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について



平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

1. 初再診料、時間外対応加算等について、歯科を含めて、引き続き検討すること。また、主治医機能の評価（地域包括診療料・地域包括診療加算）の影響、大病院の紹介率・逆紹介率や長期処方状況等を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
2. 入院医療の機能分化・連携の推進について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、病床機能報告制度等も踏まえ、引き続き検討すること。
 - (1) 一般病棟入院基本料（7対1、10対1の特定除外制度、「重症度、医療・看護必要度」、短期滞在手術等基本料等）の見直し
 - (2) 特定集中治療室管理料の見直し
 - (3) 総合入院体制加算の見直し
 - (4) 有床診療所入院基本料の見直し
 - (5) 地域包括ケア病棟入院料の創設
3. 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に配慮した評価の影響を調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
4. 療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療の在り方について検討すること。
- 5. 在宅医療の適切な推進と介護保険との連携について、次に掲げる事項等を調査・検証し、在宅自己注射指導管理料の在り方、在宅医療を主に行う保険医療機関の外来医療の在り方等を引き続き検討すること。**
 - (1) 機能強化型在宅療養支援診療所等の評価見直しの影響**
 - (2) 在宅不適切事例の適正化の影響**
 - (3) 歯科訪問診療の診療時間等**
 - (4) 機能強化型訪問看護ステーションの実態**
 - (5) 在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制**
6. 適切な向精神薬使用の推進を含め、精神医療の実態を調査・検証し、精神医療の推進について引き続き検討すること。

平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

7. 救急医療管理加算の見直し、廃用症候群に対するリハビリテーションの適正化、リハビリテーションの推進等の影響、維持期リハビリテーションの介護サービスへの移行の状況、胃瘻の造設の状況等について調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
8. 新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の国内研究・開発状況や財政影響を確認・検証するとともに、当該加算の対象品目の在り方等現行方式の見直しについても検討すること。また、長期収載品や後発医薬品の薬価の在り方について引き続き検討すること。
9. DPC制度について、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等を含め、引き続き調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
10. 明細書の無料発行の促進の効果を含めた影響を調査・検証するとともに、診療報酬点数表の平易化・簡素化について引き続き検討すること。
11. 夜間の看護要員配置の評価、月平均夜勤時間72時間要件を満たさない場合の緩和措置、チーム医療の推進等を含め、医療従事者の負担軽減措置の影響を調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
12. 後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の見直し、妥結率が低い保険薬局等の適正化等の影響を調査・検証し、調剤報酬等の在り方について引き続き検討すること。
13. 残薬確認の徹底と外来医療の機能分化・連携の推進等のため、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討すること。
14. 医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討すること。
15. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。

1. 社会保障・税一体改革と平成26年度診療報酬改定の経緯

2. 在宅医療を取り巻く現状について

3. 在宅医療に対する診療報酬上の評価

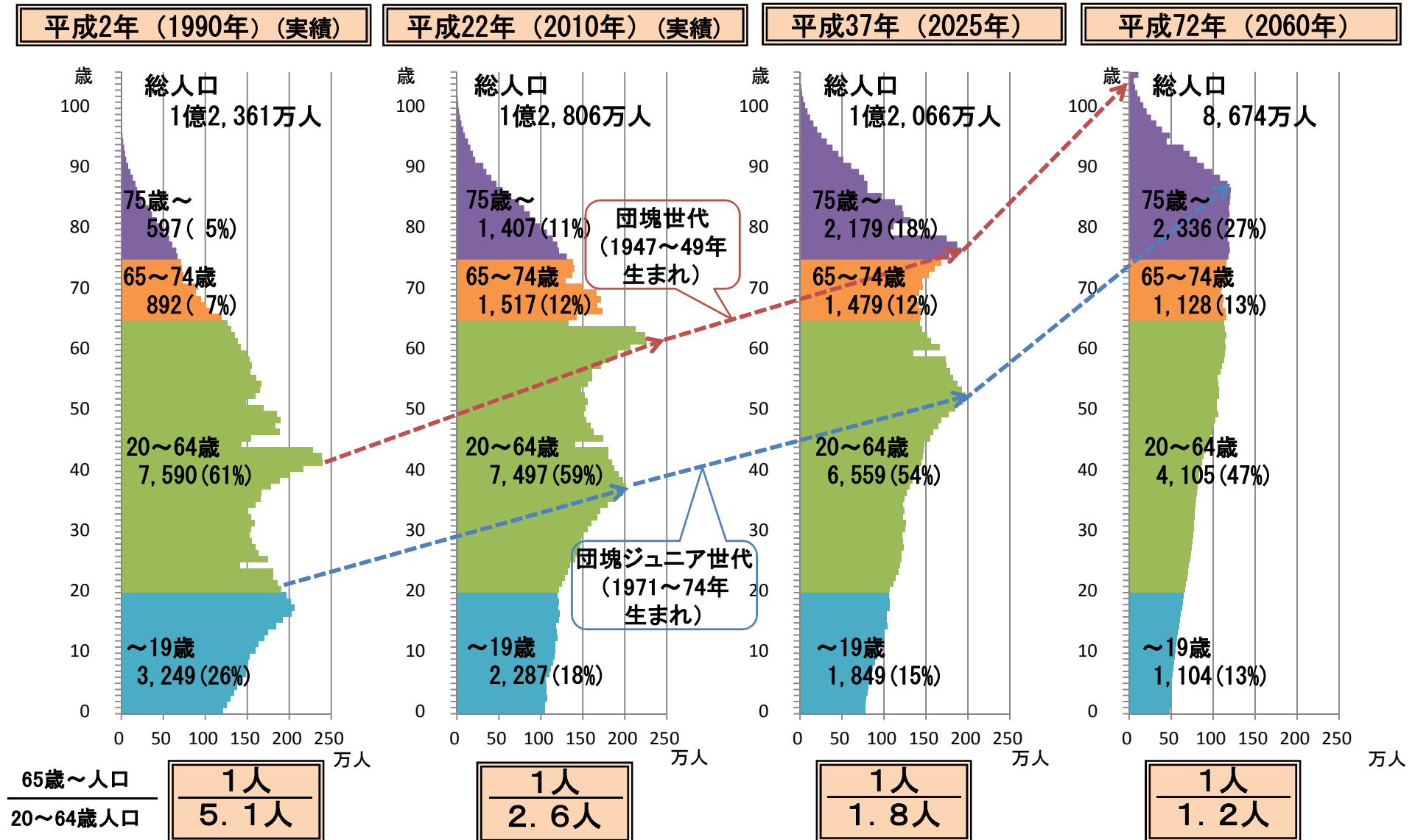
4. 在宅医療の提供体制・提供状況について

5. 訪問看護について

6. 外来応需体制の運用のあり方について

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

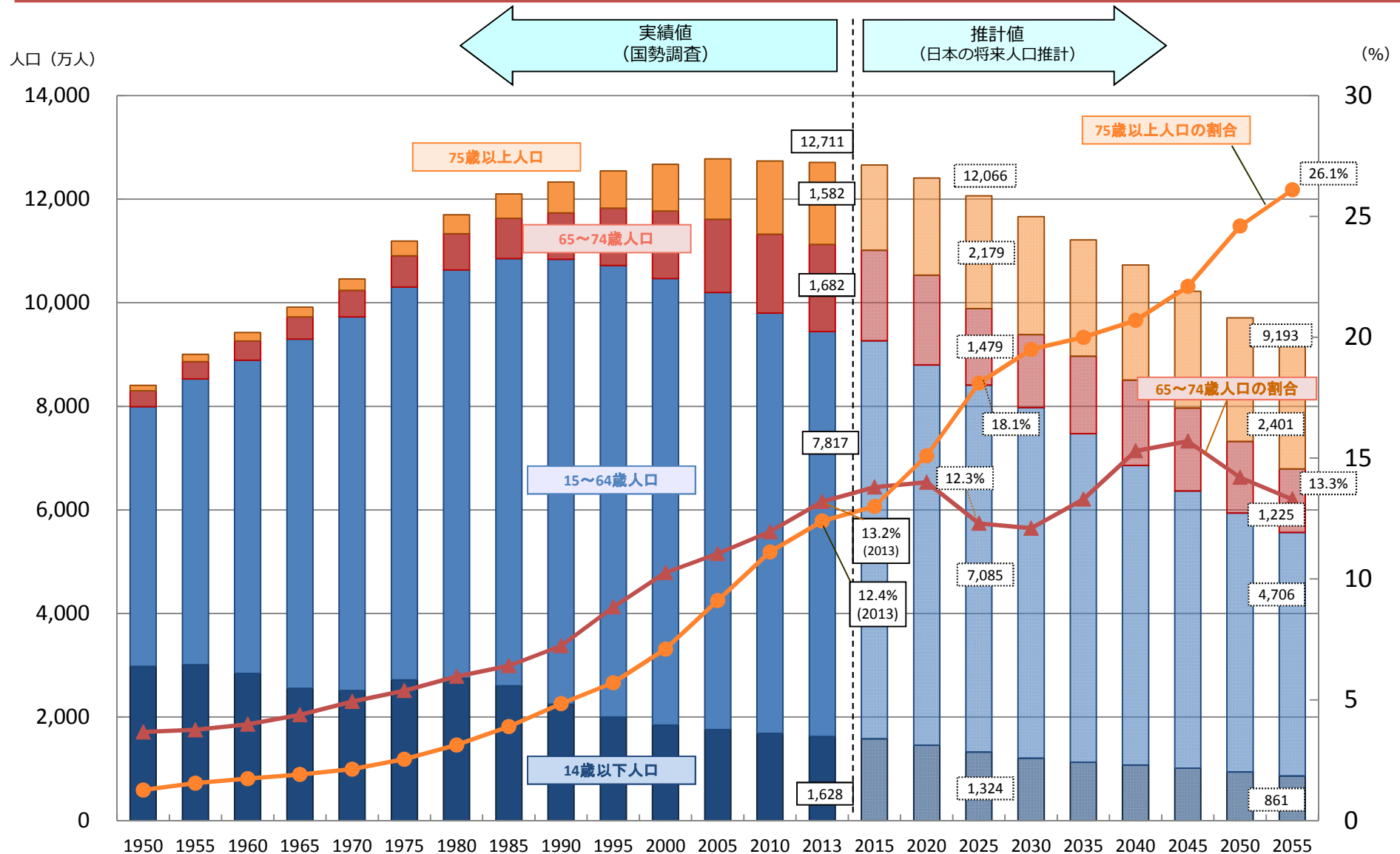
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定。



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

今後の年齢階級別人口の推計

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していくことが想定される。



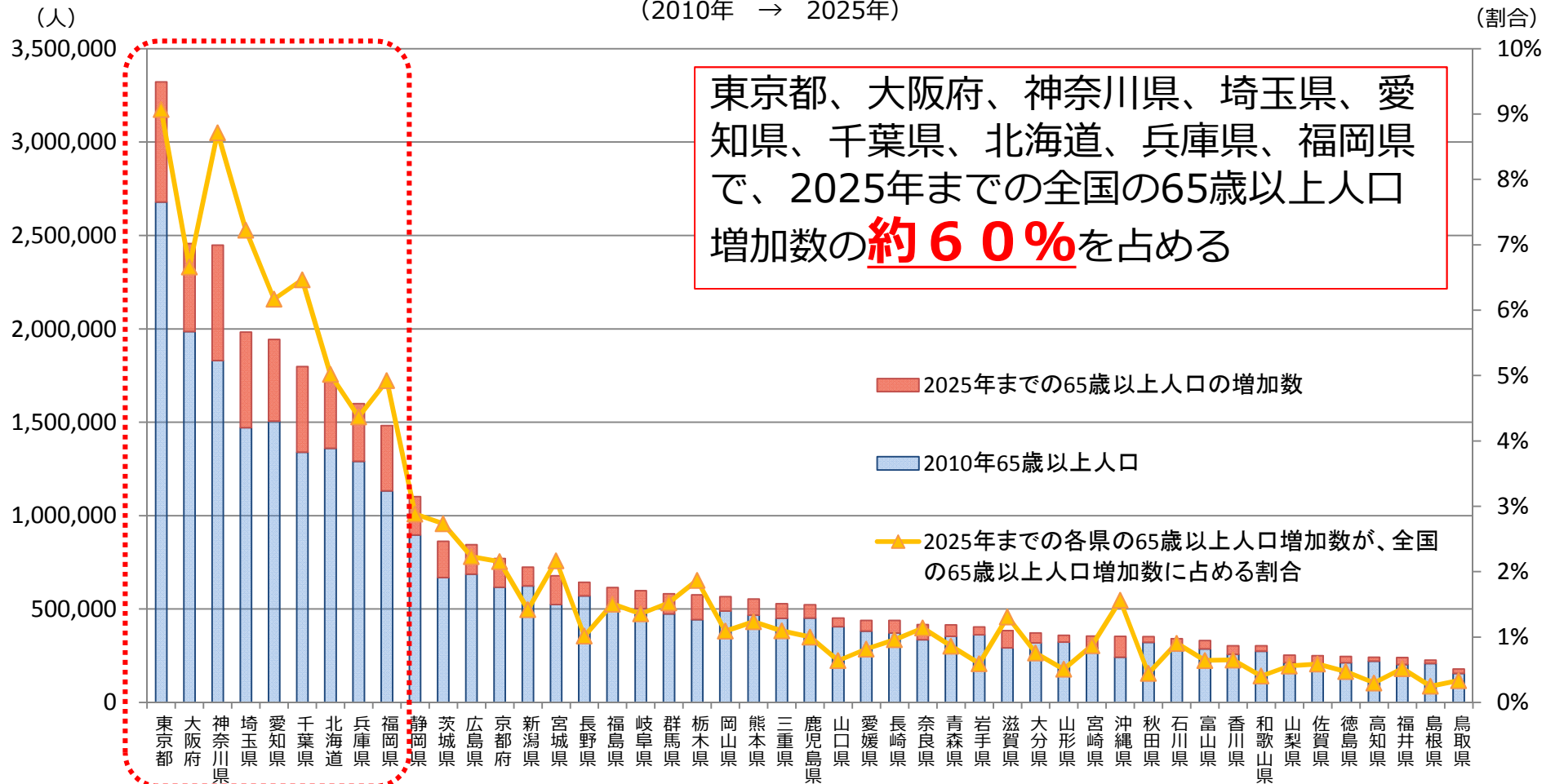
資料：2010年までは総務省統計局「国勢調査」、2013年は総務省統計局「人口推計(平成26年6月1日確定値)」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計) 中位推計」

高齢者数増加の地域差について

- 高齢化の進展には地域差があり、今後、首都圏をはじめとする都市部を中心に、高齢者数が増加することが予想される。

都道府県別高齢者人口（65歳以上）の増加数

（2010年 → 2025年）

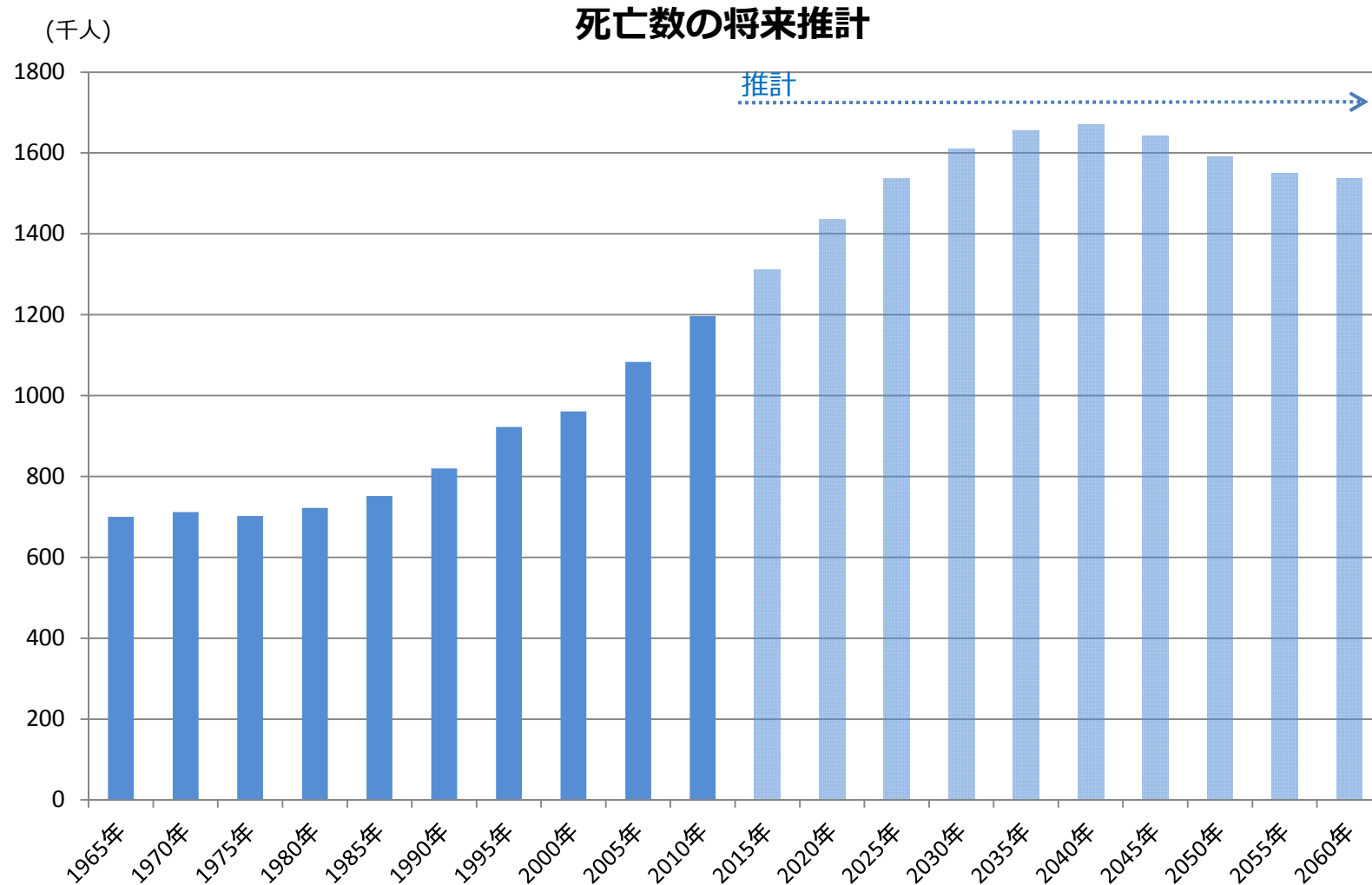


出典：国勢調査（平成22年）

国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成24年1月）」

死亡数の将来推計

- 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約36万人/年の差が推計されている。



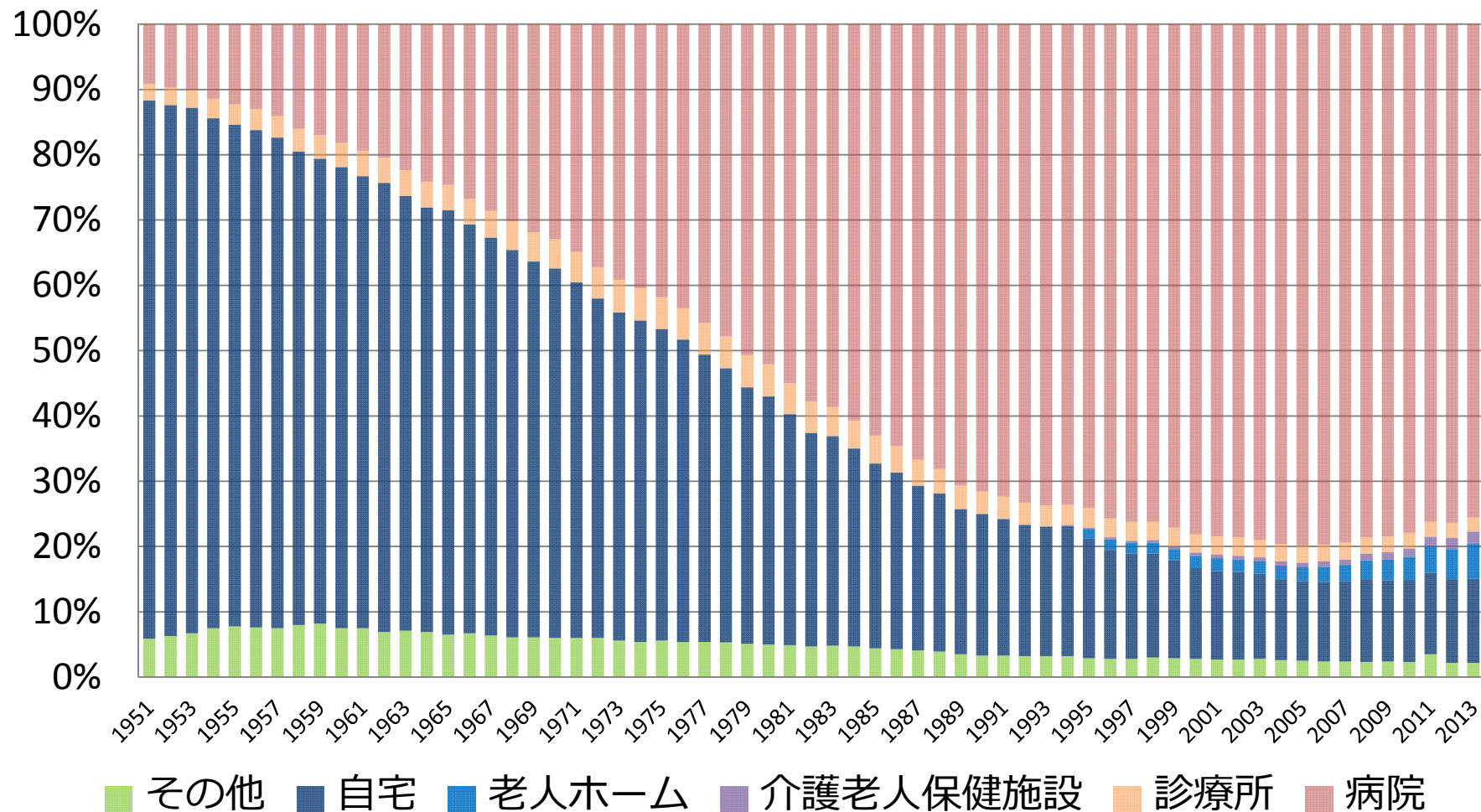
出典：2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）

2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

死亡の場所（年次推移）

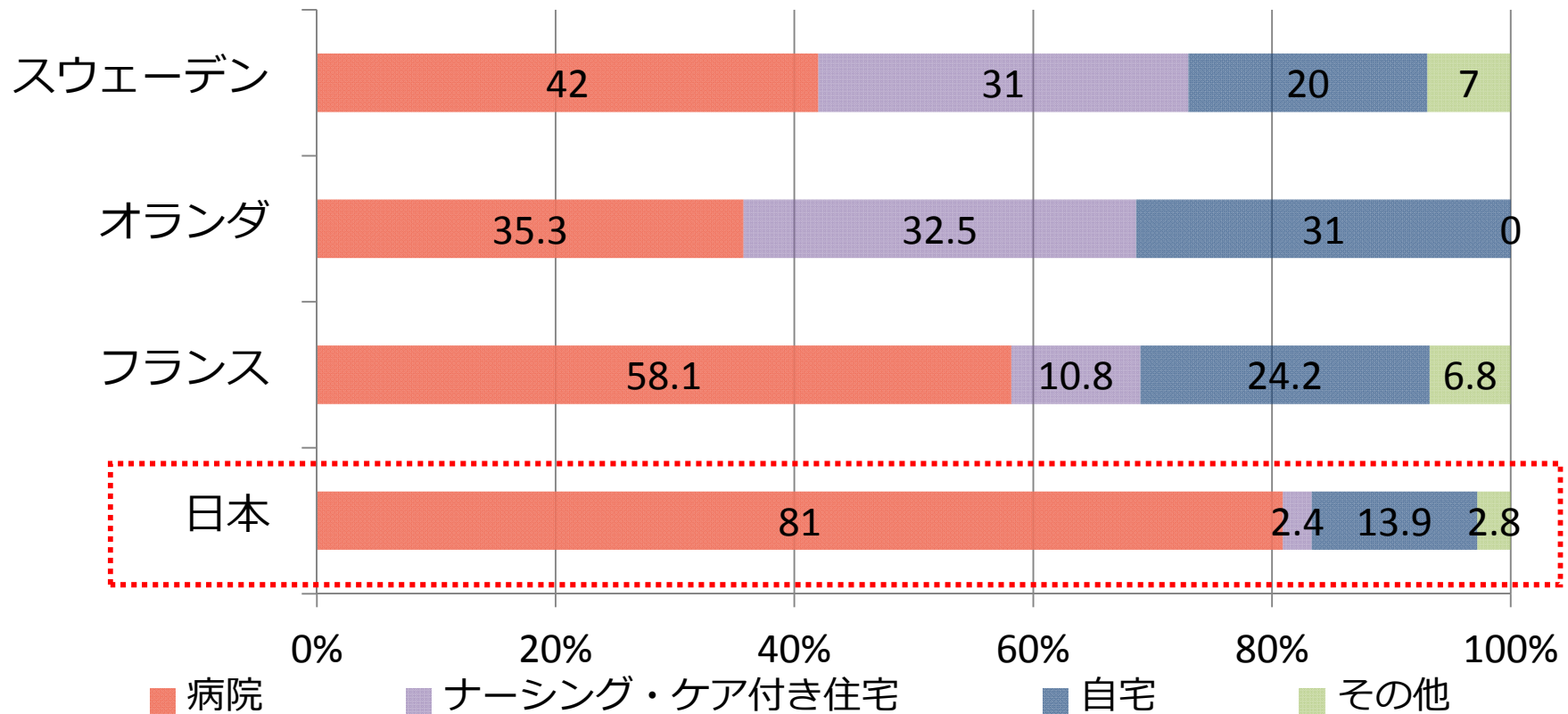
- これまで、自宅等における死亡が減少し、医療機関における死亡が増加する傾向にあった。
- 近年、医療機関以外の場所における死亡が微増する傾向にある。

死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率



死亡の場所(各国比較)

○ 国際的にみて、日本は病院での死亡率が高い。



(注)「ナースング・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

(資料)スウェーデン: Socialstyrelsen Döden angår oss alla による1996年時点(本編 p48)

オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)

フランス: Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)

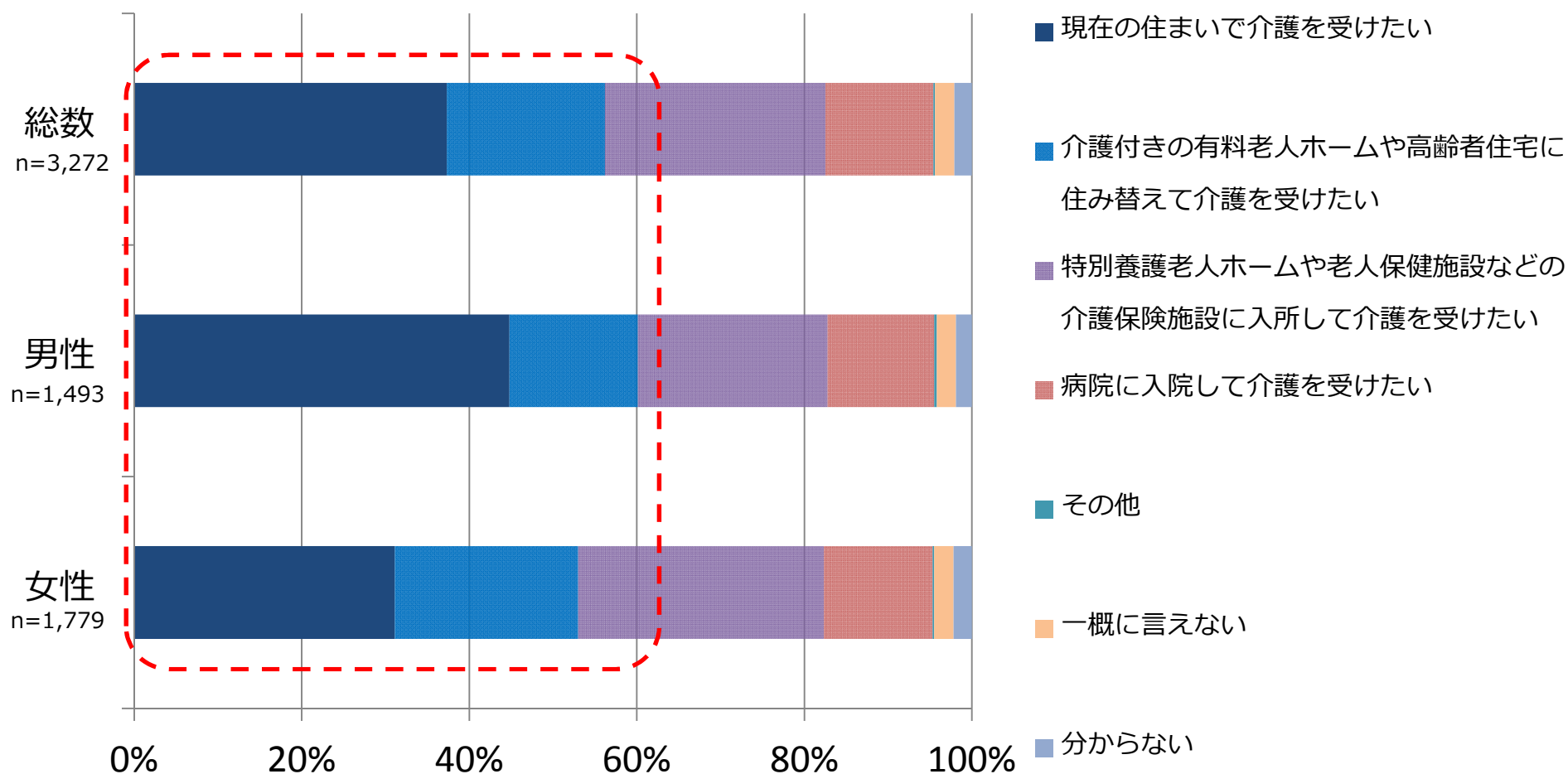
日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

※他国との比較のため、日本のデータは2000年時点のデータを使用

出典: 医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」

自分自身が介護を受けたい場所について

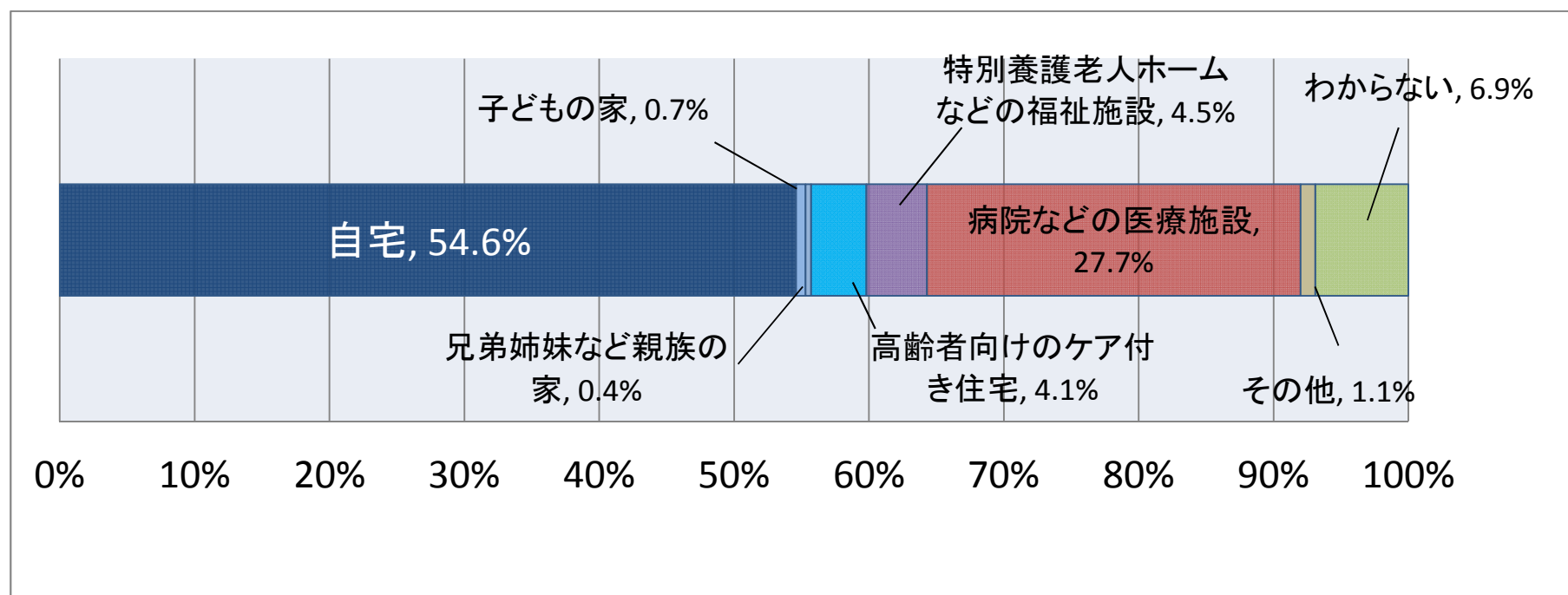
○ 男女問わず、多くの方が現在の住まい或いは高齢者住宅等に住み替えて介護を受けたいと考えている。



最期を迎えたい場所について

- 最期を迎えたい場所について、「**自宅**」が**54.6%**で最も高く、「病院などの医療施設」が27.7%、「特別養護老人ホームなどの福祉施設」は4.5%となっている。

■ 治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか (n=1,919 人)

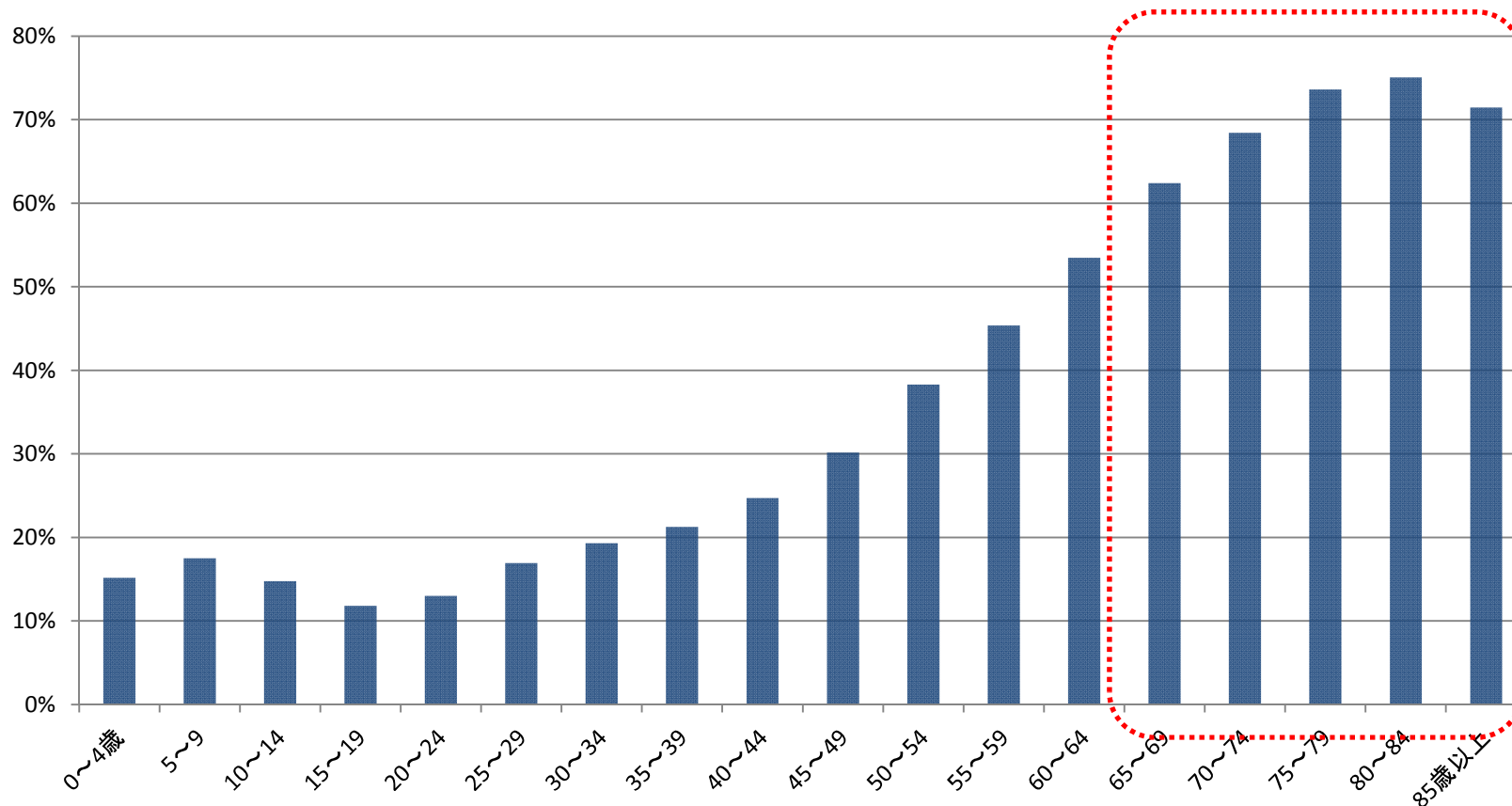


高齢者における医療の必要性について

- 年齢とともに医療機関等へ通院する割合は高くなり、65歳以上の高齢者では過半数の者が通院をおこなっている。

年齢別通院者※割合

(通院者割合)



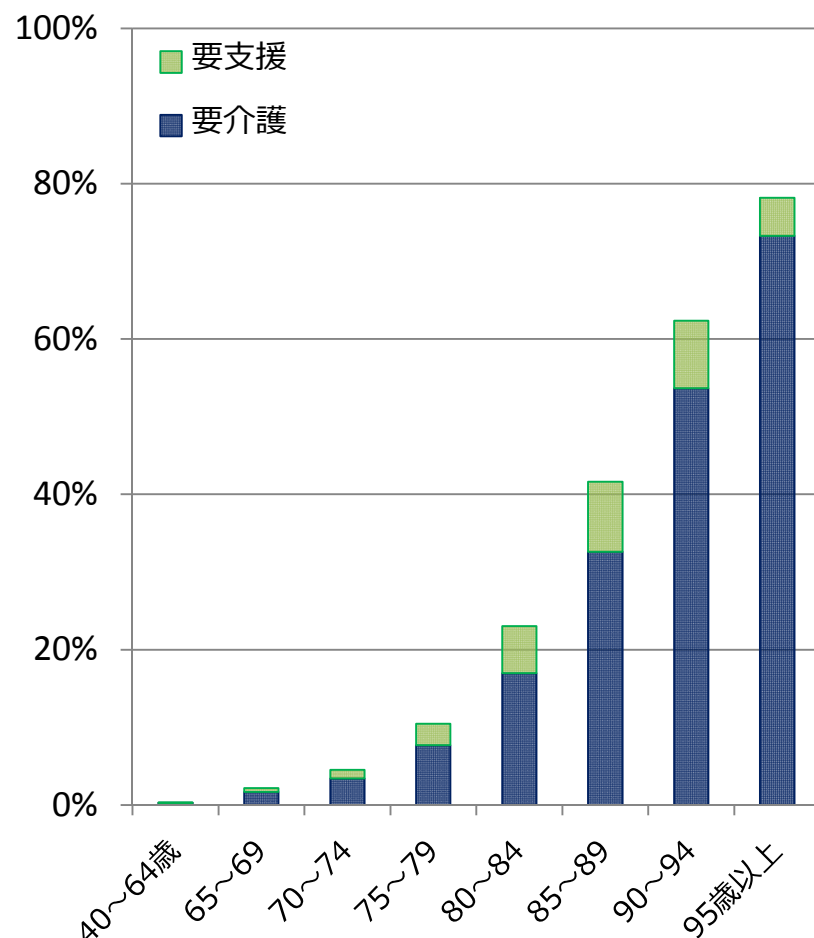
※ 通院者；通院者とは、世帯員（入院者を除く。）のうち、病気やけがで病院や診療所（往診・訪問診療を含む。）、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。

出典：平成25年国民生活基礎調査 20

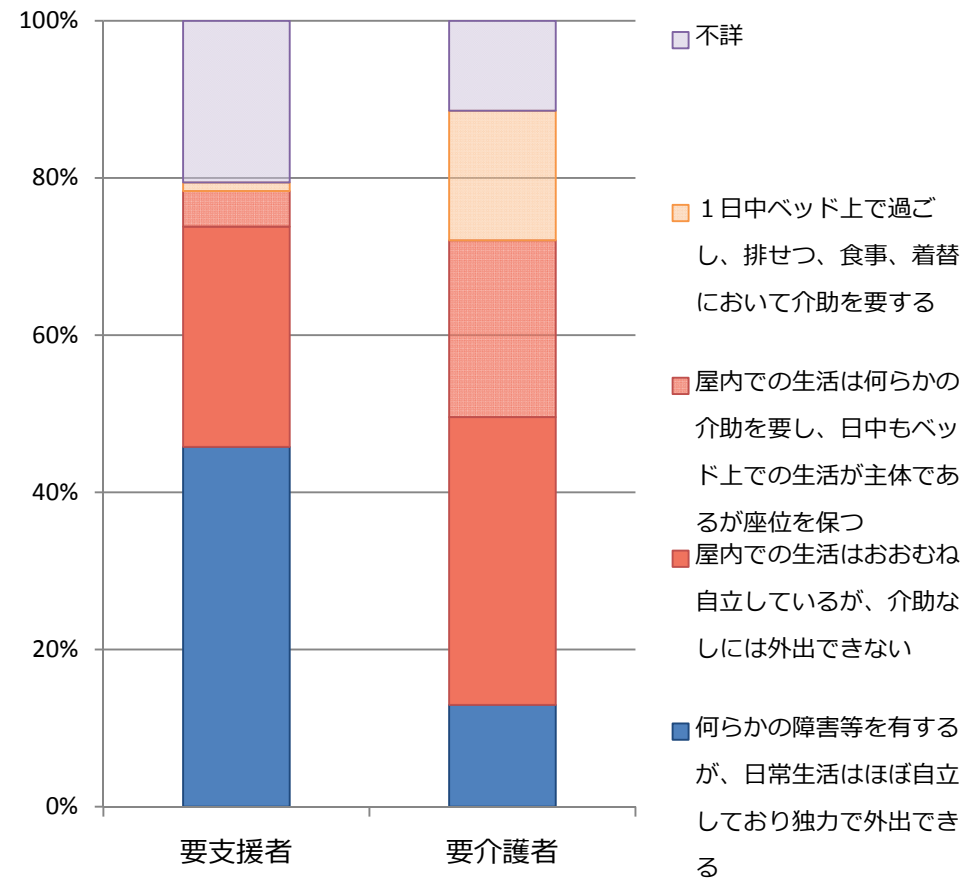
高齢者の生活機能等について

- 年齢とともに介護サービスの受給割合は高くなる。
- また、要介護者は介助なしには外出できない割合が高い。

年齢階級別人口に占める介護サービスの受給割合



介護を有する者の日常生活の自立状況



高齢者における認知症について

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

- 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備軍とされている。また、高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加することが見込まれている。

2012(平成24)年;462万人(約7人に1人) ⇒ 新2025(平成37)年;約700万人(約5人に1人)

- 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともにによりよく生きていくことができるような環境整備が必要である。

【新オレンジプランの基本的考え方】

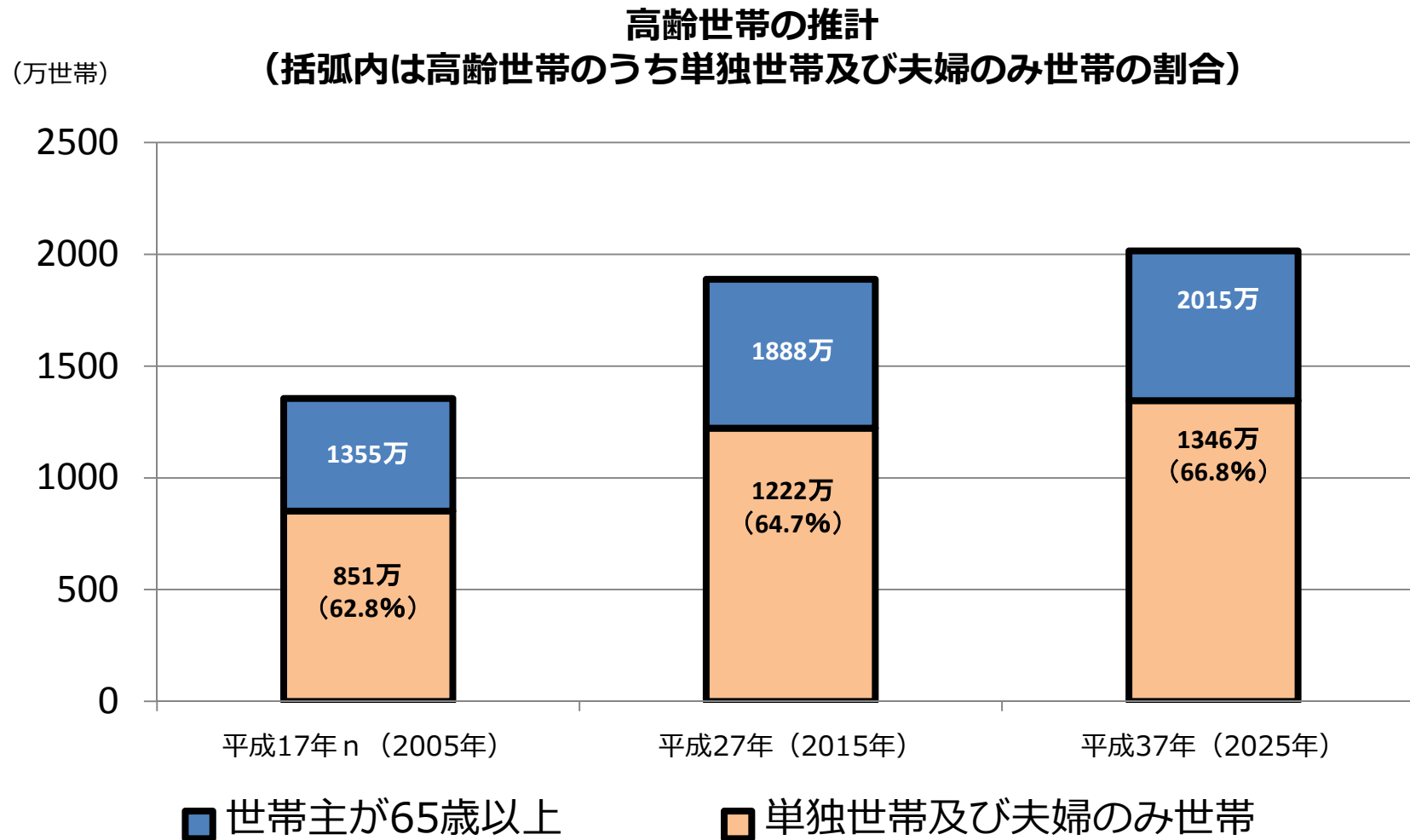
認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

七 つ の 柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

高齢者の世帯構造について

- 今後、65歳以上の高齢者のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していくことが予想される。

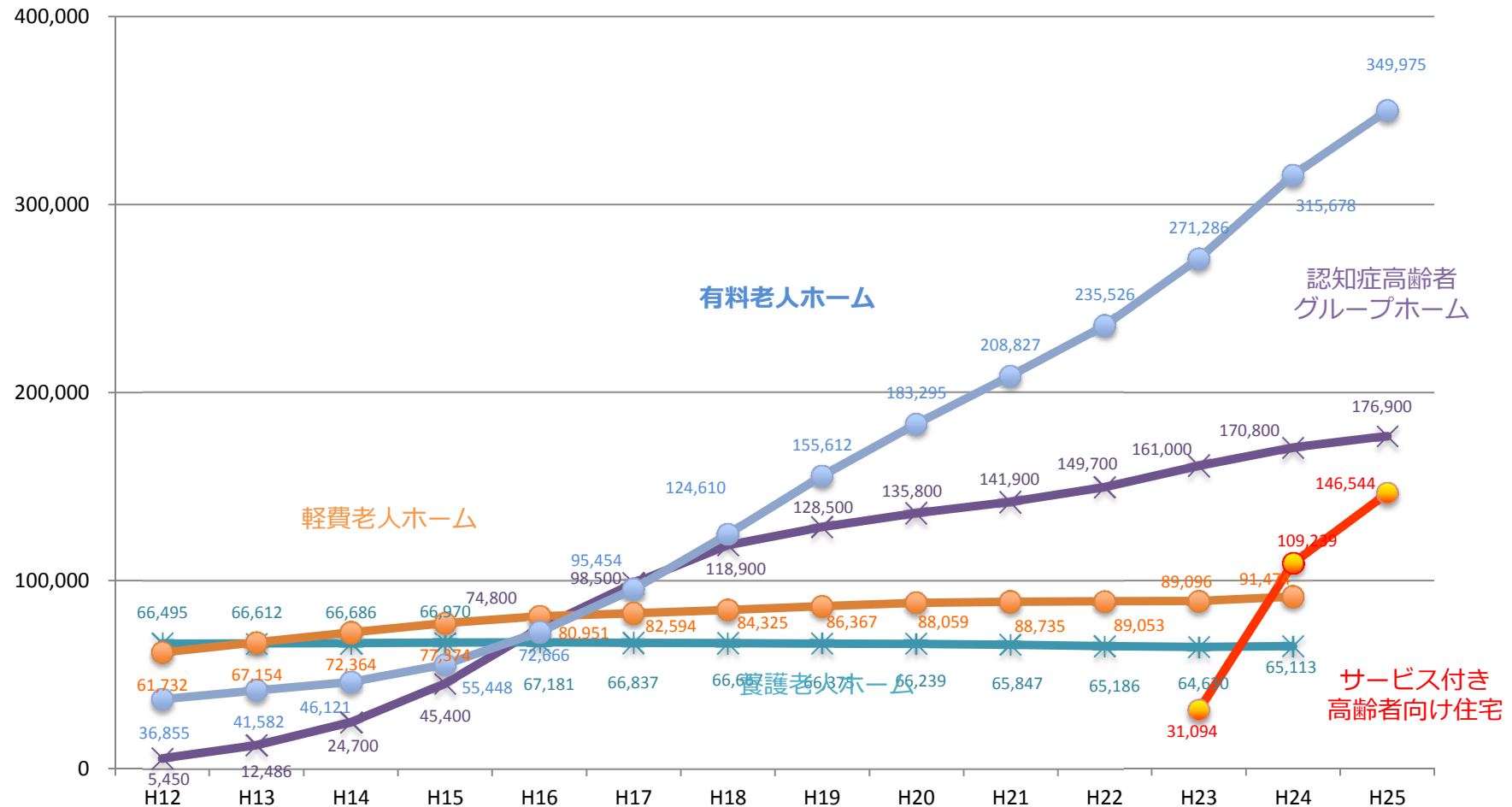


高齢者の居住場所について

<定員数>

○ 高齢者向けの住まいは、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を中心に増加傾向にある。

(単位: 人・床)



※1: 認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査(10月審査分)【H14~】(定員数ではなく利用者数)」による。

※2: 認知症高齢者グループホームは、H12~H16は痴呆対応型共同生活介護、H17~は認知症対応型共同生活介護により表示。

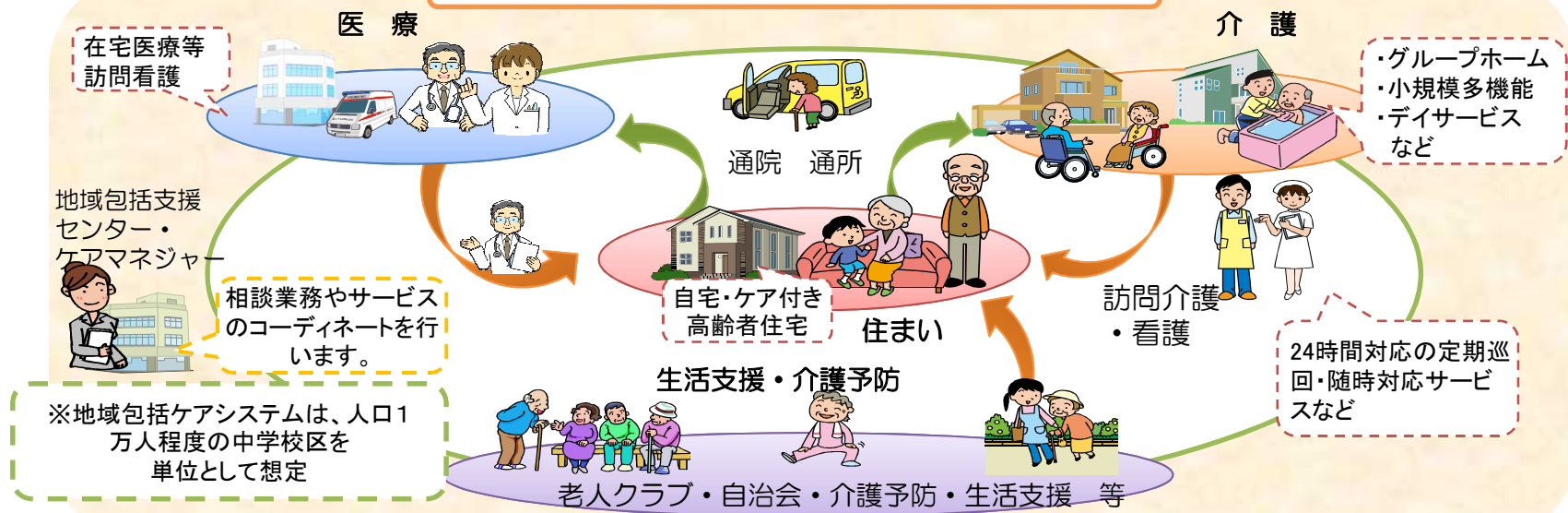
※3: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H24社会福祉施設等調査(10/1時点)」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24は基本票の数値。

※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(7/1時点)による。

※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(3/31時点)」による。

地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムのイメージ



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、**次の5つの視点での取組みが包括的**（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、**継続的**（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）**に行われることが必須。**

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備（平成21年度補正予算：3年間で16万人分確保）
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

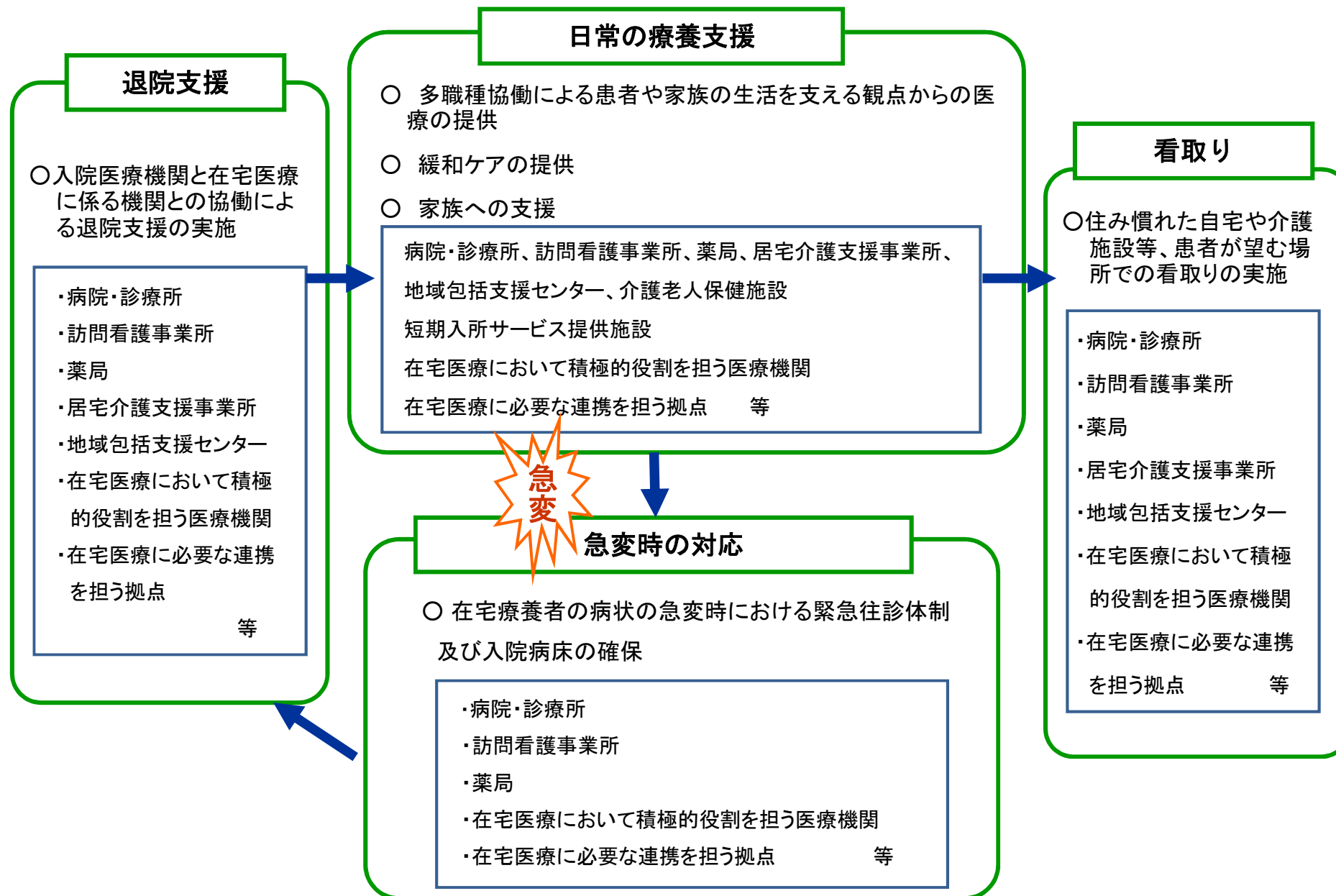
④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備（国交省と連携）

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

在宅医療の体制



1. 社会保障・税一体改革と平成26年度診療報酬改定の経緯
2. 在宅医療を取り巻く現状について
3. 在宅医療に対する診療報酬上の評価
4. 在宅医療の提供体制・提供状況について
5. 訪問看護について
6. 外来応需体制の運用のあり方について

在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷

(平成18～24年度診療報酬改定)

	訪問診療料	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	在宅療養支援診療所 ・ 在宅療養支援病院	その他
平成18年	—	・在宅時医学総合管理料(在 総管)の創設	・在宅療養支援診療所(在 支診)の創設	・入院から在宅療養への円滑 な移行に係る評価 ・在宅、特別養護老人ホーム 等におけるターミナルケア に係る評価
平成20年	・居住場所により訪問診療料 を分類 →訪問診療料1(自宅) 訪問診療料2(居住系施設)	・特定施設入居時等医学総合 管理料(特医総管)の創設	・在宅療養支援病院(在支 病)の創設	・カンファレンス等の情報共 有に関する評価
平成22年	・居住場所ではなく、同一建 物の訪問人数により訪問診 療料を再分類 →訪問診療料1(同一建物以外) 訪問診療料2(同一建物)	—	・在支病の届出を、許可病 床数が200床未満の病院 に拡大	・往診料の引上げ ・乳幼児加算の創設 ・在宅ターミナルケア加算の 要件緩和 ・在宅移行早期加算の創設
平成24年	・特定施設入居者に対する評 価の引上げ →訪問診療料1(同一建物以外) 訪問診療料2(特定施設等) 訪問診療料2(上記以外の同 一建物)	・在総管、特医総管に対する 評価の引上げ(機能強化型 在支診・在支病の創設に伴う もの)	・強化型、連携強化型の在 支診・在支病を創設	・緊急時、夜間の往診料の引 上げ ・在宅ターミナルケア加算の 評価体系の見直し ・在宅緩和ケアに係る評価 ・緊急時の在宅患者の受入 に対する評価の引上げ

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療①（26年度診療報酬改定）

平成26年改定

①在宅療養後方支援 病院の評価

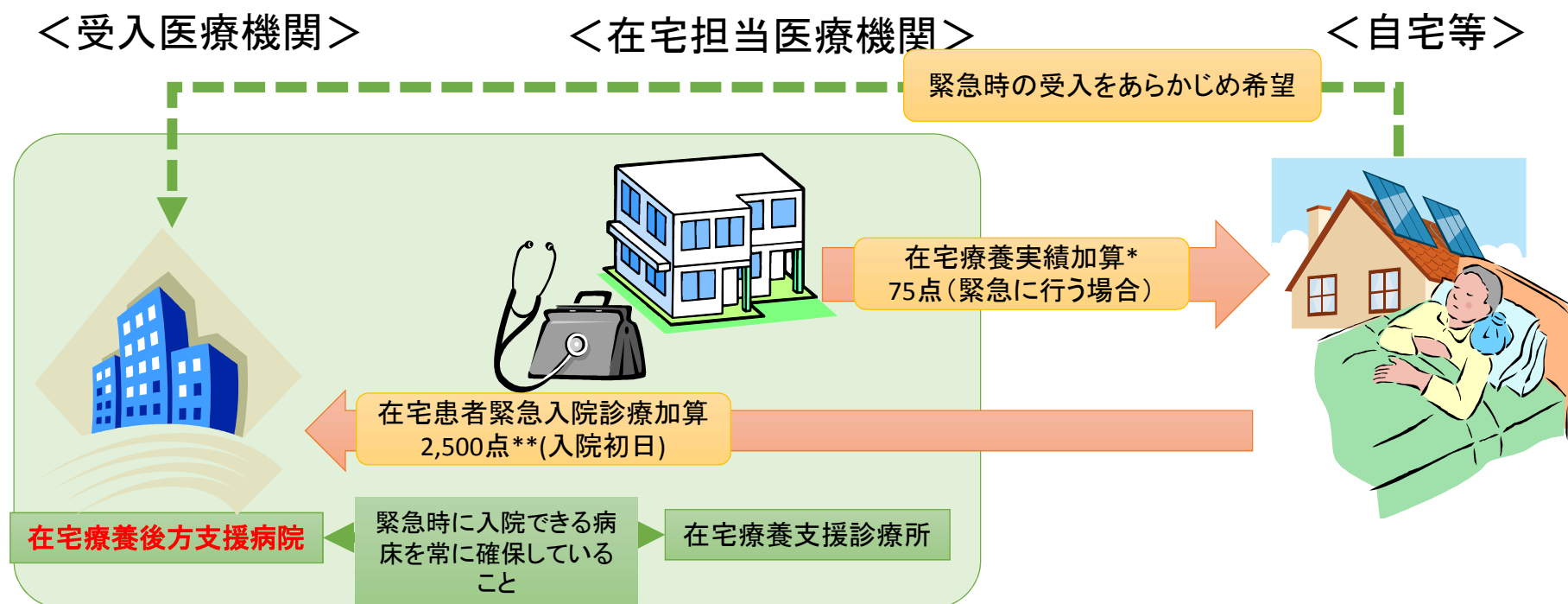
- ・在宅患者緊急入院診療加算
- ・在宅患者共同診療料

②在宅医療の質の強化

- ・機能強化型在支診・病の実績要件の強化
- ・同一建物への複数訪問の評価見直し
- ・薬剤や衛生材料等の供給体制の整備
- ・在宅歯科医療の推進
- ・在宅薬剤管理指導業務の推進

③在宅医療を担う医 療機関の量的確保

- ・実績のある在支診・病の評価
- ・在支診・病以外の在宅時医学
総合管理料等の評価



* 在宅療養支援診療所で算定可能な緊急に行う往診料の加算(650点)に加えて、さらに加算する

**在宅療養後方支援病院であって、あらかじめ当該病院を緊急時の入院先とすることを希望していた患者の場合

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療②（26年度診療報酬改定）

機能強化型在支診等の評価

- 機能強化型在支診及び在支病について、実績要件を引き上げる。また、複数の医療機関が連携して機能強化型在支診及び在支病の基準を満たしている場合について、連携している各医療機関それぞれについても一定の実績を必要とする。

現行
在宅医療を担当する常勤医師 3 名以上
過去 1 年間の緊急往診の実績 5 件以上
過去 1 年間の在宅看取りの実績 2 件以上
複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えない。



改定後
在宅医療を担当する常勤医師 3 名以上
過去 1 年間の緊急往診の実績 <u>10 件</u> 以上
過去 1 年間の在宅看取りの実績 <u>4 件</u> 以上
複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えないが、 <u>それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。</u>
イ 過去 1 年間の緊急往診の実績 <u>4 件</u> 以上
ハ 過去 1 年間の看取りの実績 <u>2 件</u> 以上

実績を有する在支診等の評価

- 在宅医療を担当する常勤医師は 3 名以上確保されていないが、十分な緊急往診及び看取りの実績を有する在支診又は在支病に対する評価を新設する。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③（26年度診療報酬改定）

在宅医療の適正化①

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める。

- 在宅時医学総合管理料（在総管）、特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
病床	病床有		病床無		—		—	
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
特医総管	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点



区分		機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
病床		病床有		病床無		—		—	
処方せん		処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	同一	<u>1,200点</u>	<u>1,500点</u>	<u>1,100点</u>	<u>1,400点</u>	<u>1,000点</u>	<u>1,300点</u>	<u>760点</u>	<u>1060点</u>
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	<u>3,150点</u>	<u>3,450点</u>
特医総管	同一	<u>870点</u>	<u>1,170点</u>	<u>800点</u>	<u>1,100点</u>	<u>720点</u>	<u>1,020点</u>	<u>540点</u>	<u>840点</u>
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	<u>2,250点</u>	<u>2,550点</u>

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療④（26年度診療報酬改定）

在宅医療の適正化②

- 保険医療機関等が経済的誘引による患者紹介を受けることを禁止する。
- 訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における評価を引き下げる。

【現行】

訪問診療料 1（同一建物以外）	830点
訪問診療料 2（特定施設等）	400点
訪問診療料 2（上記以外の同一建物）	200点

【改定後】

訪問診療料 1（同一建物以外）	833点
訪問診療料 2（特定施設等）	203点
訪問診療料 2（上記以外の同一建物）	103点

※同一建物居住者であっても、医師が同一日に一人しか診療しない場合は、同一建物以外の点数（833点）を算定する

療養担当規則の一部改正

- 保険医療機関等が、事業者等に対して、金品を提供し、患者を誘引することを禁止

例

保険医療機関が、事業者等と患者紹介に関する契約書を取り交わす等して、紹介料として診療報酬の中から一定の金額を支払う。



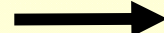
契約書



事業者等から、同一建物の居住者を独占的に紹介してもらい、患者の状態等にかかわらず、一律に訪問診療を行う。



一律に訪問診療



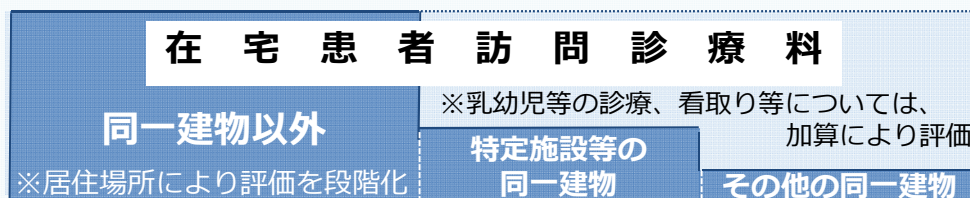
禁止

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

- 在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。
- 上記3種類の評価のうち、総合的な医学的管理に対する評価の占める割合が大きく、患者の疾患・状態に関わらず概ね一律な評価体系となっている。

①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

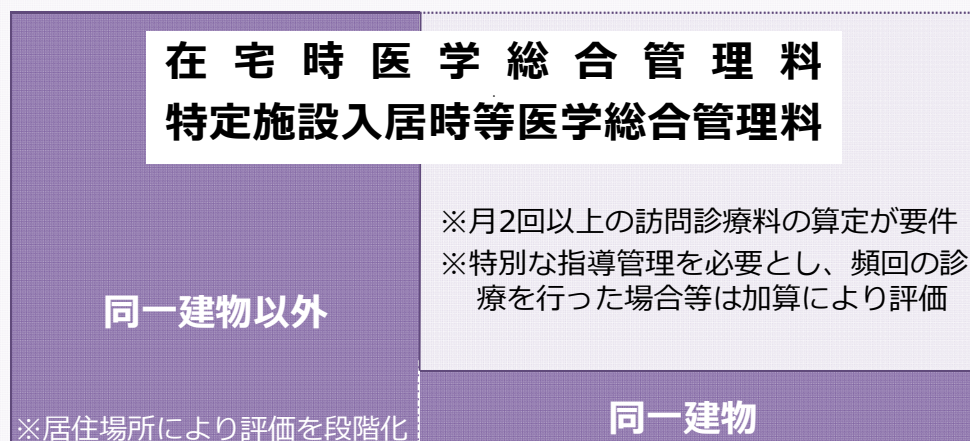
※原則として週3回の算定を限度とするが、末期の悪性腫瘍等一部の疾患については例外を規定



在宅がん
医療



②総合的な医学的管理等を行った場合の評価



総合
診療料

※末期の悪性腫瘍の患者に、週4回以上の訪問診療・訪問看護等総合的な医療を提供した場合の包括的な評価



③指導管理等に対する評価

在宅人工呼吸指導管理料その他の特別な指導管理等に応じた評価

※特に規定するものを除き、診療に係る費用は包括

※上記に加え、検査、処置その他診療に当たって実施した医療行為等については、特段の規定がない場合、出来高にて算定することができる。

1. 社会保障・税一体改革と平成26年度診療報酬改定の経緯
2. 在宅医療を取り巻く現状について
3. 在宅医療に対する診療報酬上の評価
4. 在宅医療の提供体制・提供状況について
5. 訪問看護について
6. 外来応需体制の運用のあり方について

4. 在宅医療の提供体制・提供状況について

4－1. 訪問診療について

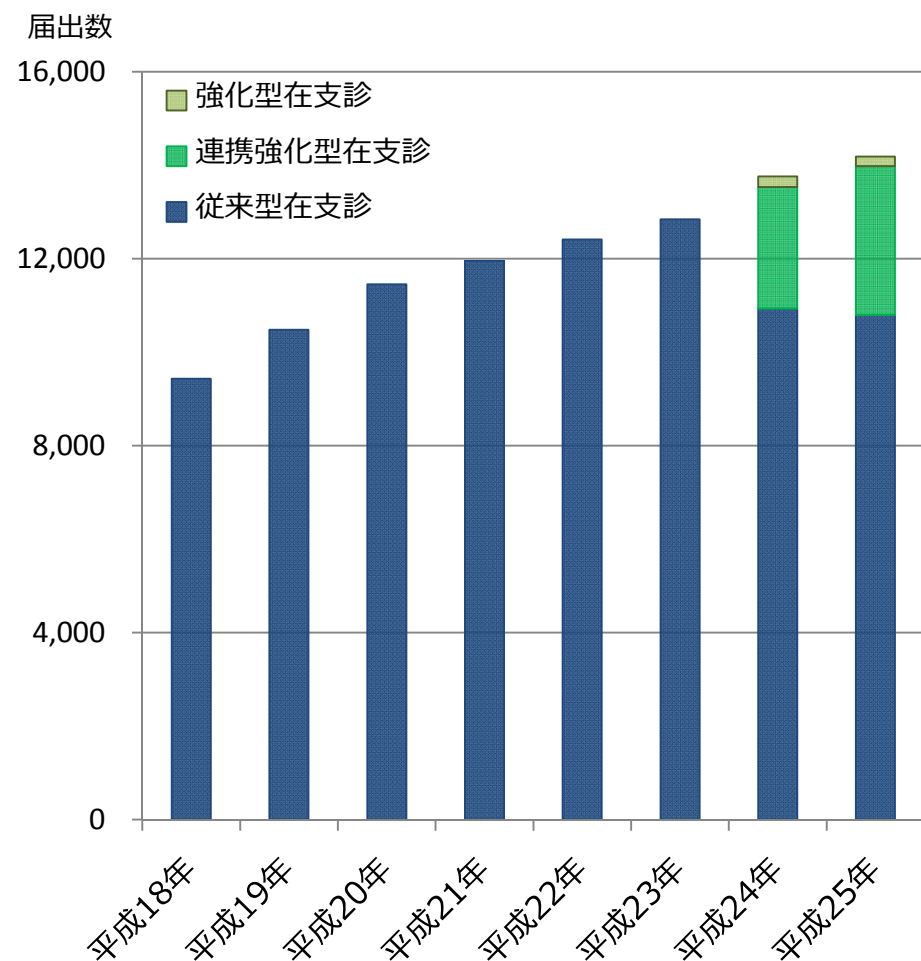
4－2. 在宅歯科診療について

4－3. 在宅薬剤管理について

在宅療養支援診療所の届出数の推移と診療状況

- 在宅療養支援診療所の届出医療機関数は増加傾向にある。
- 在宅療養支援診療所のうち、訪問診療を行っている患者数が「1～9人」の医療機関が最も多い。

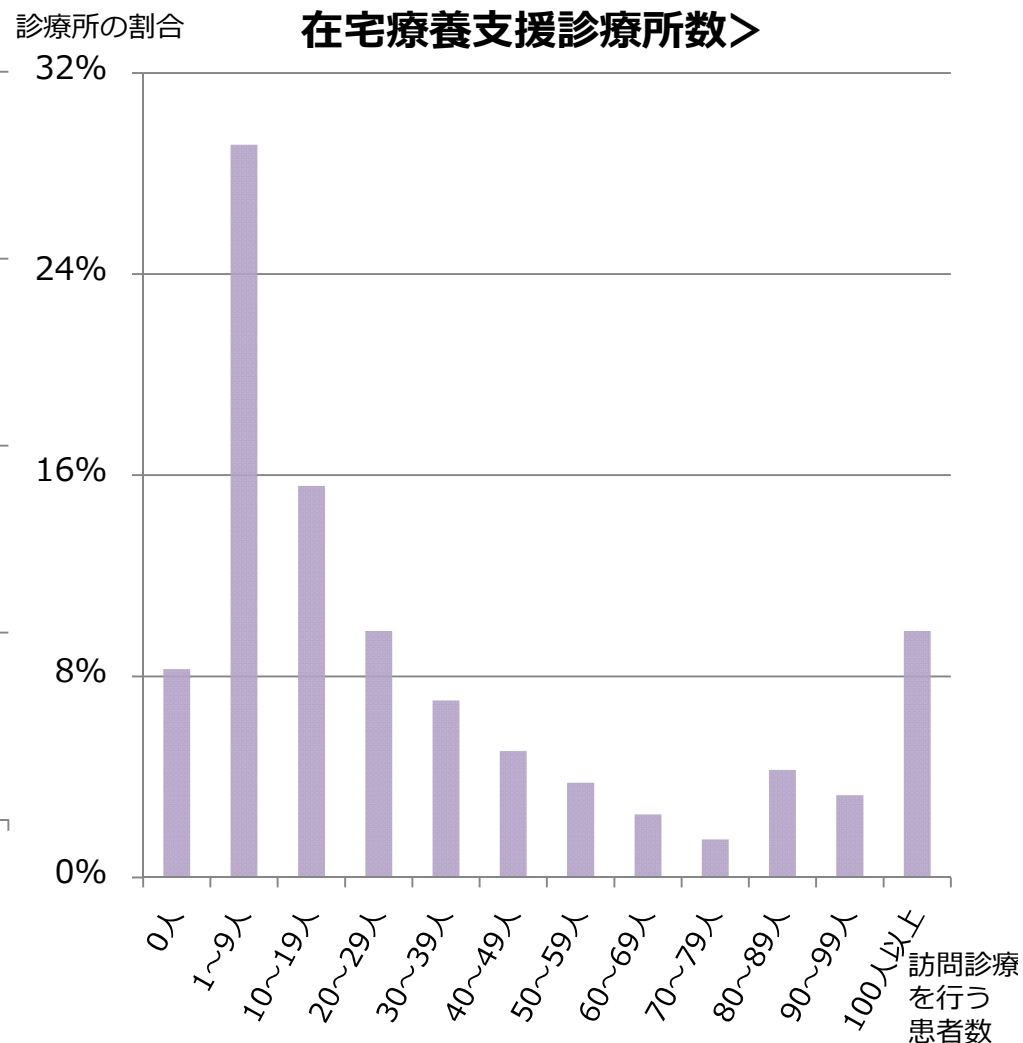
＜在宅療養支援診療所届出数＞



※連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.8

出典：保険局医療課調べ（平成25年7月1日時点）、平成26年度検証部会調査（在宅医療）

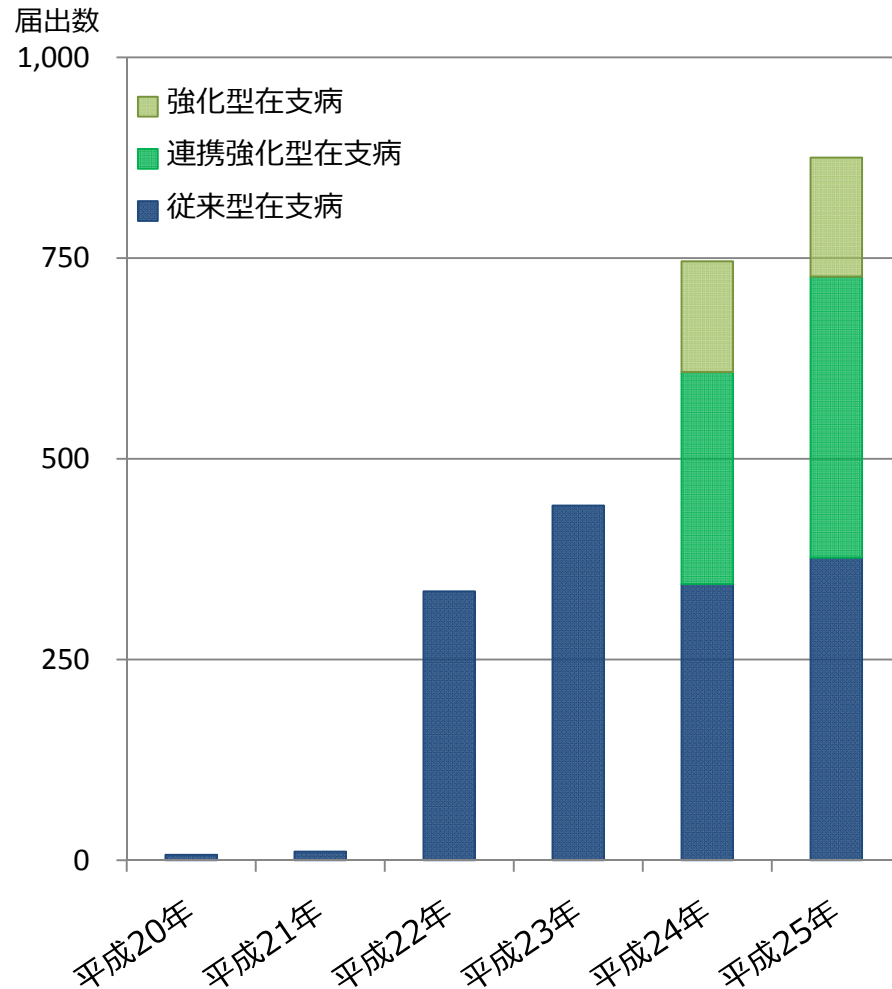
＜訪問診療を行う患者数別の在宅療養支援診療所数＞



在宅療養支援病院の届出数の推移と診療状況

- 在宅療養支援病院の届出医療機関数は増加傾向にある。
- 在宅療養支援病院のうち、訪問診療を行っている患者数が「1～9人」の医療機関が最も多い。

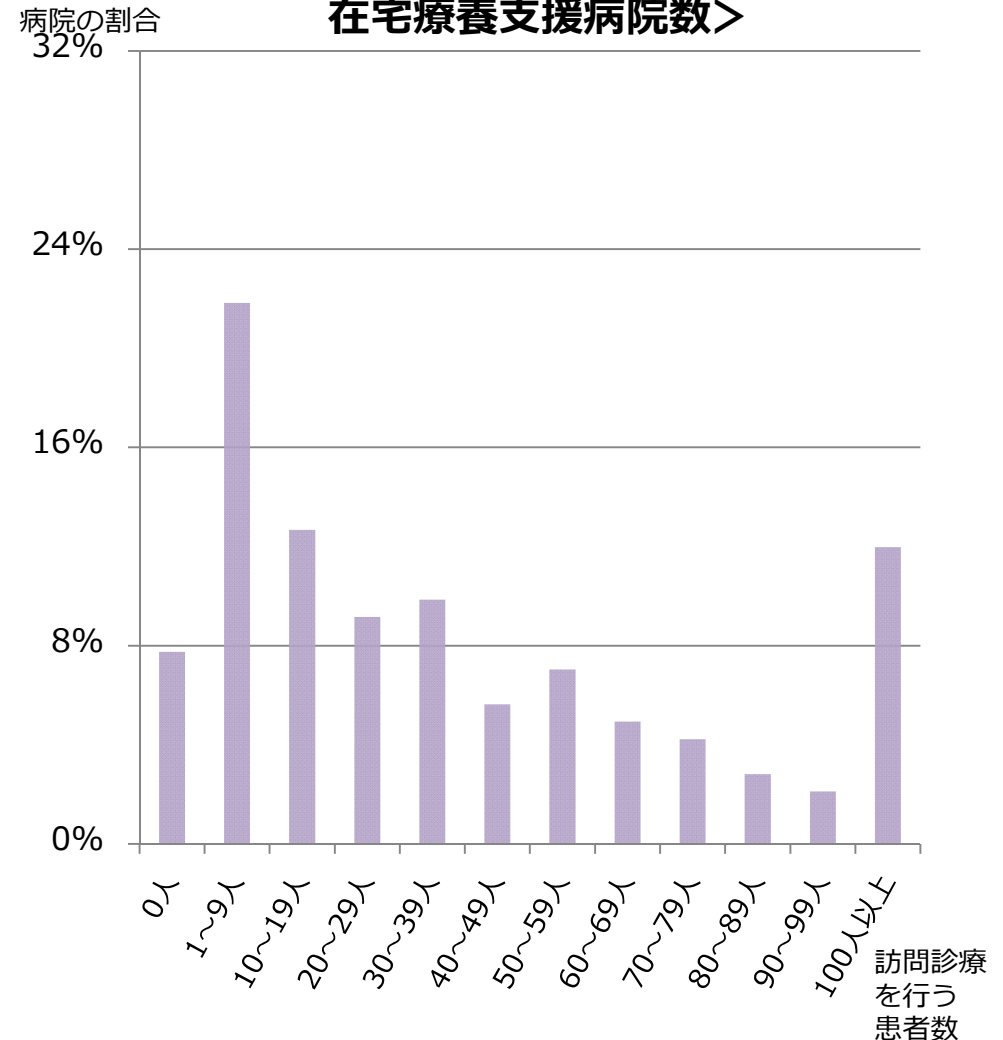
＜在宅療養支援病院届出数＞



※連携強化型在支病については、連携医療機関平均数3.4

出典：保険局医療課調べ（平成25年7月1日時点）、平成26年度検証部会調査（在宅医療）

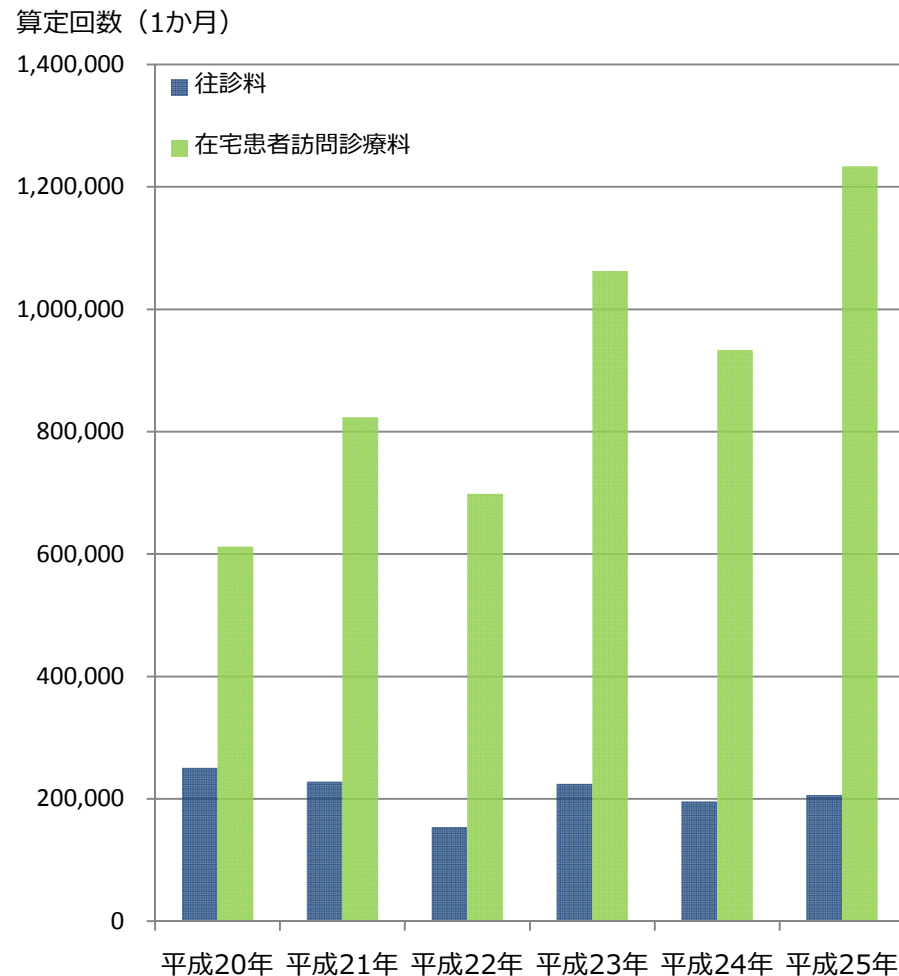
＜訪問診療を行う患者数別の在宅療養支援病院数＞



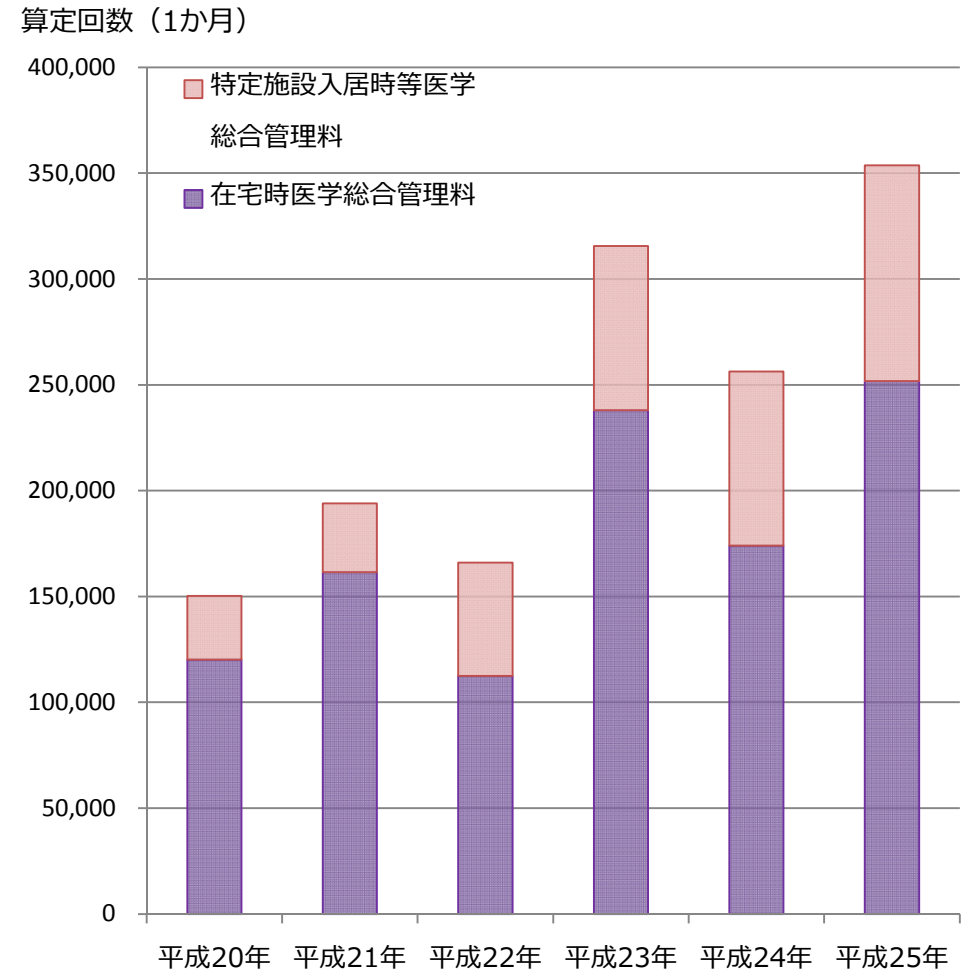
在宅医療に係る点数の算定状況について

- 在宅患者訪問診療料・在宅時医学総合管理料等の算定回数は概ね増加傾向にある。

＜在宅患者訪問診療料等の算定回数＞



＜在宅時医学総合管理料等の算定回数＞

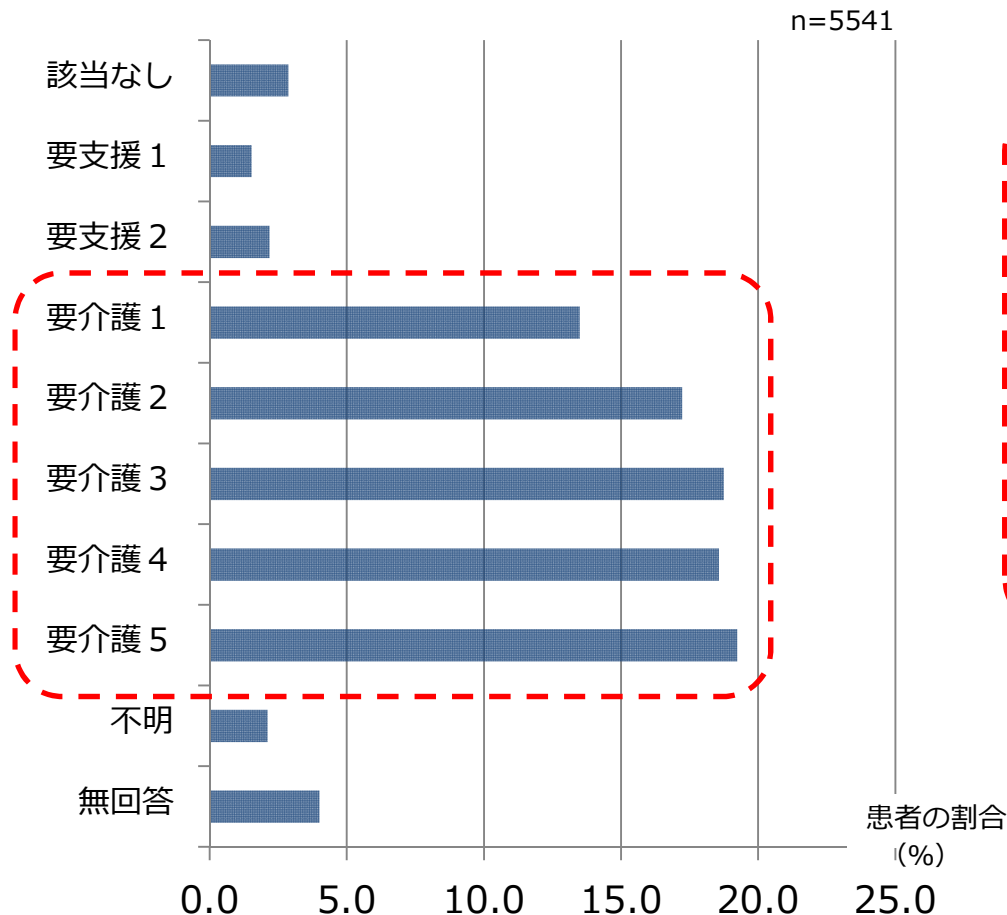


訪問診療の対象患者について①

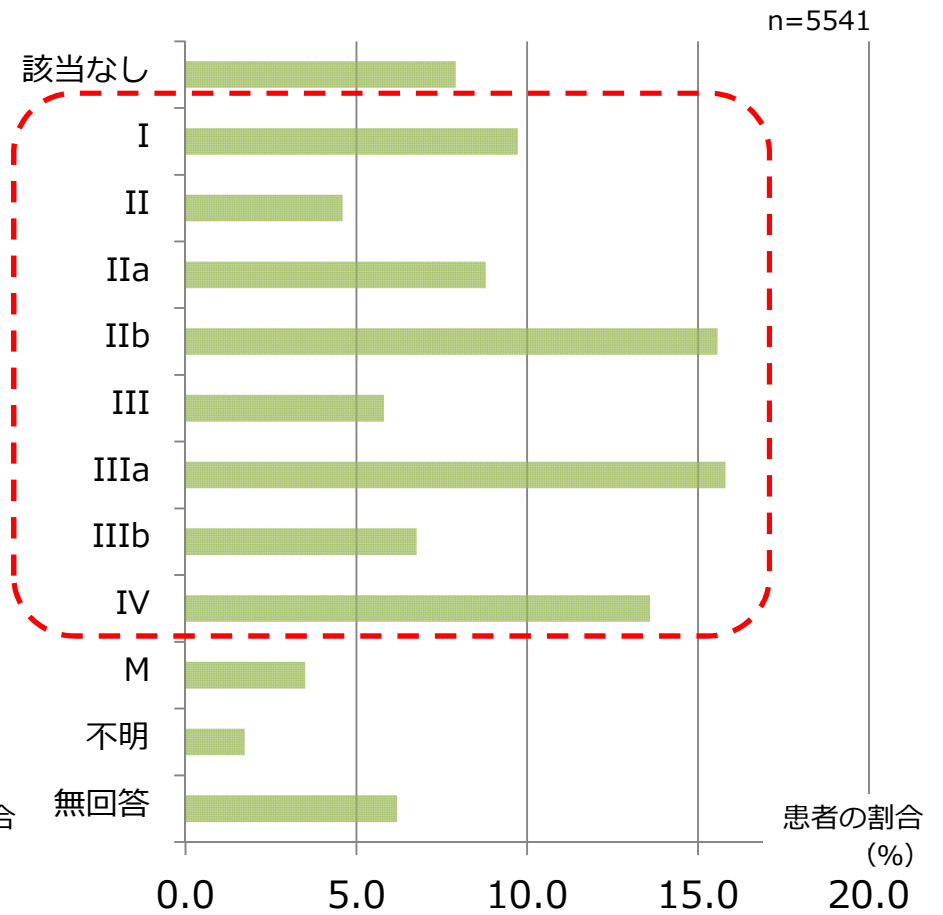
＜患者の要介護度・認知症自立度＞

- 在宅患者の85%以上は要介護状態にあり、各要介護度の患者がそれぞれ10%以上存在する。
- 認知症自立度についてはランクIからランクIVまで、幅広く患者の分布がみられる。

＜要介護度別の患者割合＞



＜認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合＞



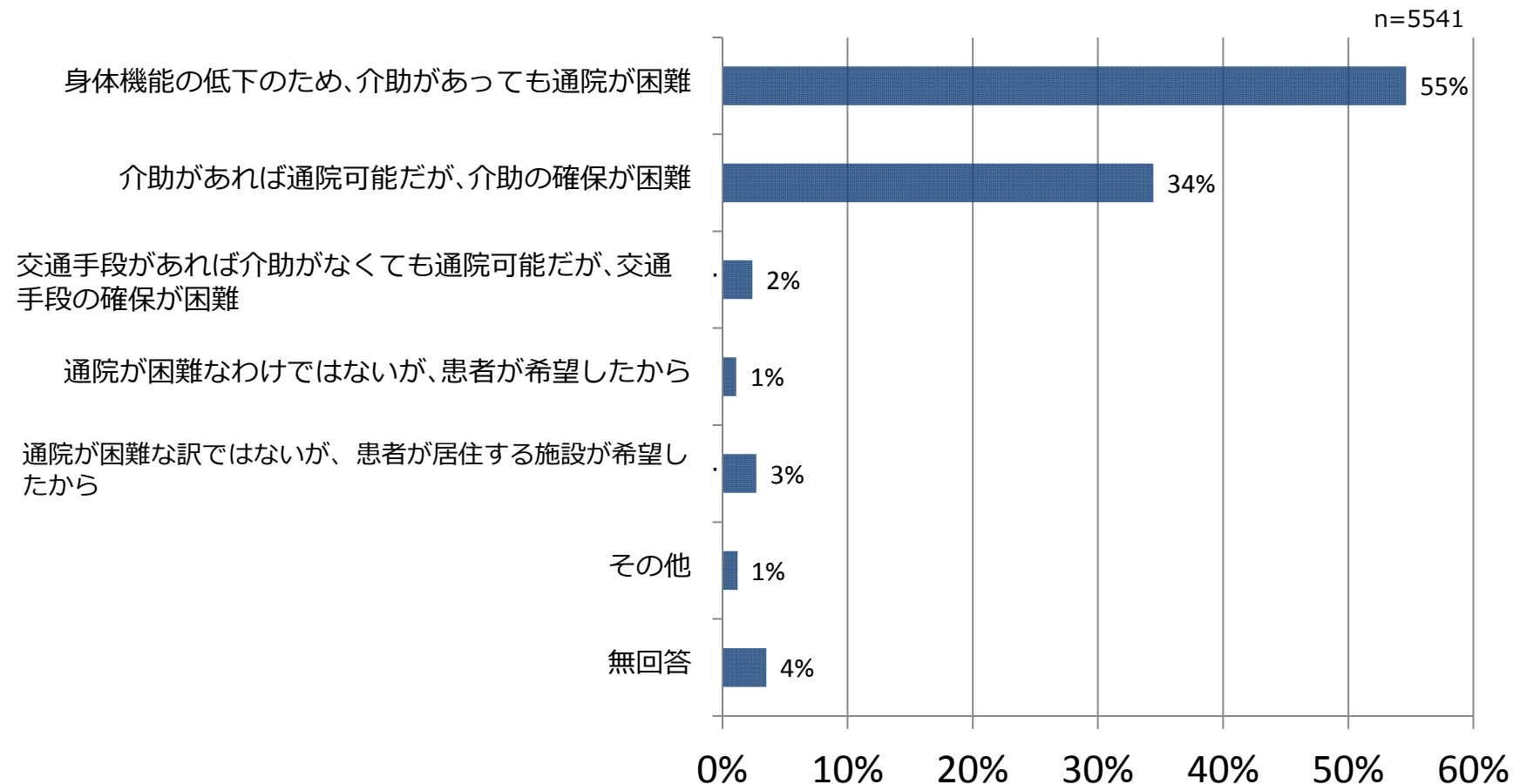
出典：平成26年度検証部会調査（在宅医療）

訪問診療の対象患者について②

＜訪問診療を行っている理由＞

- 訪問診療を行っている理由について、「身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難」な患者が全体の約50%を占める一方、「通院が困難なわけではないが、患者や患者が居住する施設が希望したから（約4%）」など必ずしも通院困難ではない患者も一定程度存在する。

＜訪問診療を行っている理由別の患者割合＞

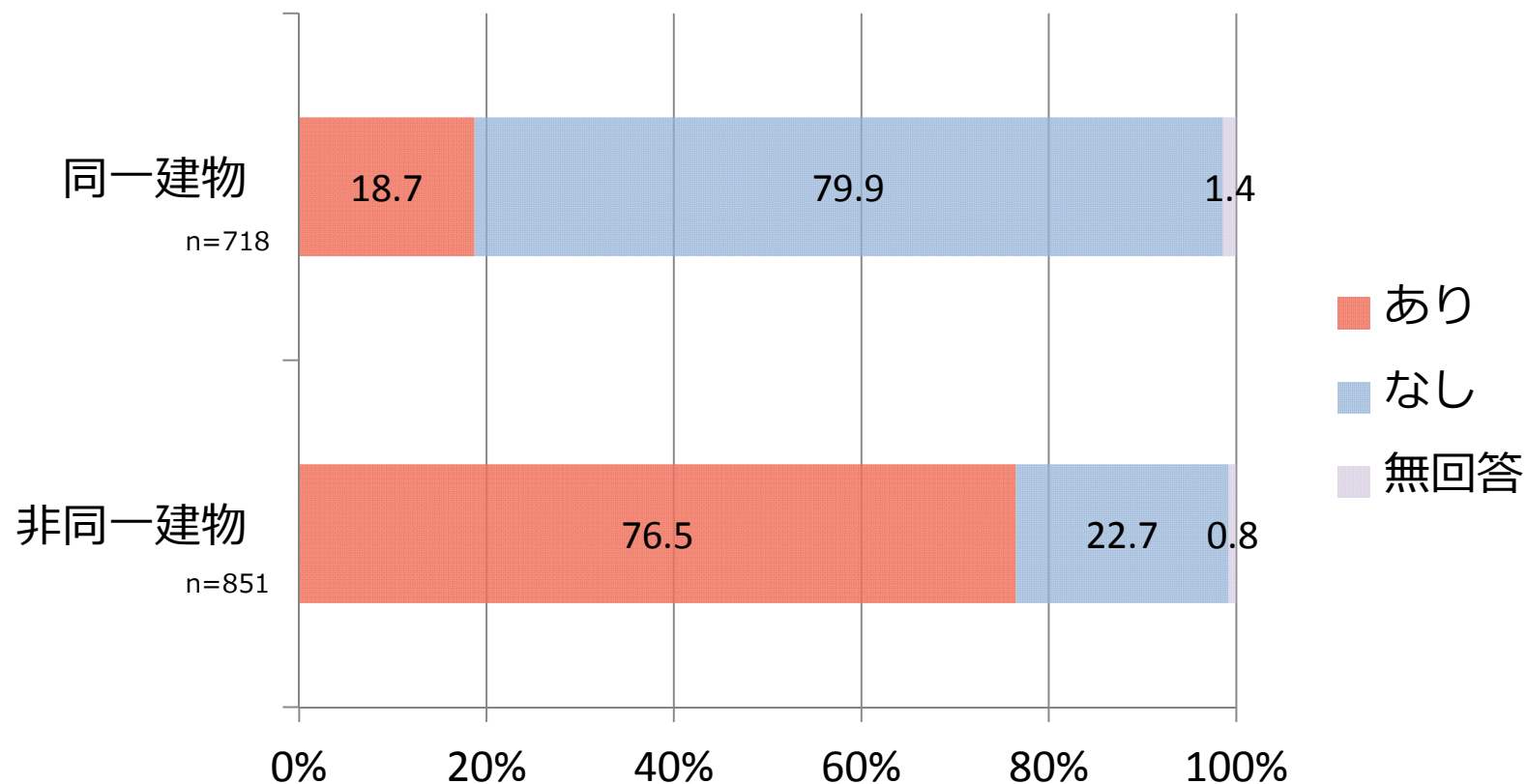


訪問診療の対象患者について③

＜患者の家族状況＞

- 在宅医療における日常の療養支援では、家族の生活を支える観点からの医療の提供や家族への支援が重要であるが、患者の家族状況は居住形態等により大きく異なる。

＜同居家族の有無別の患者割合＞

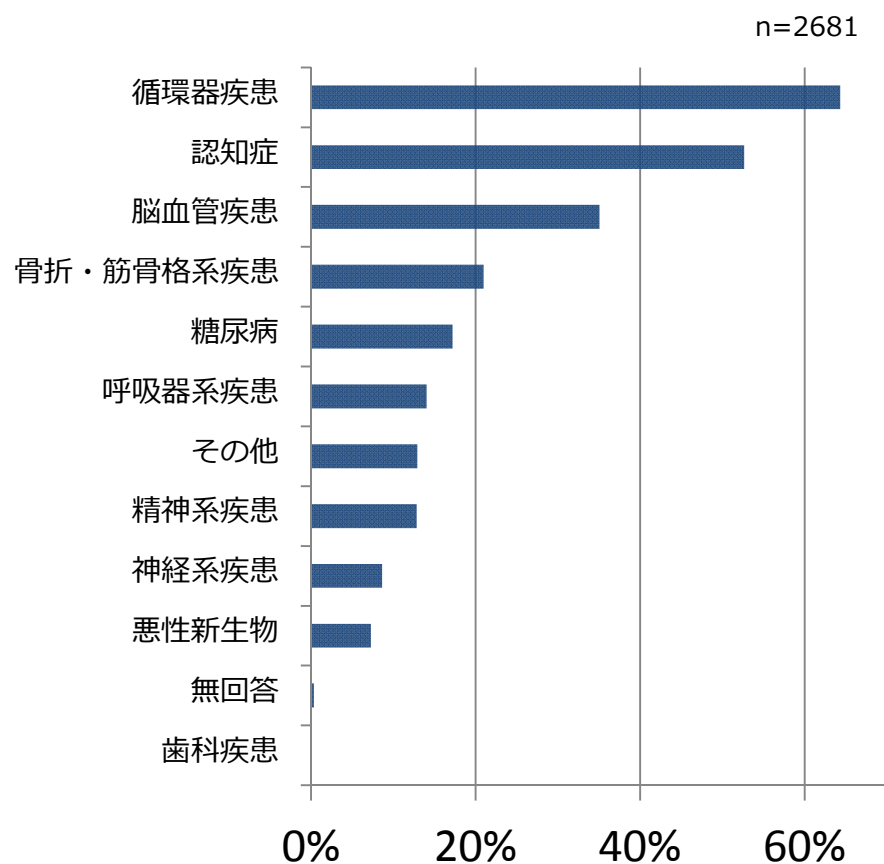


訪問診療の対象患者について④

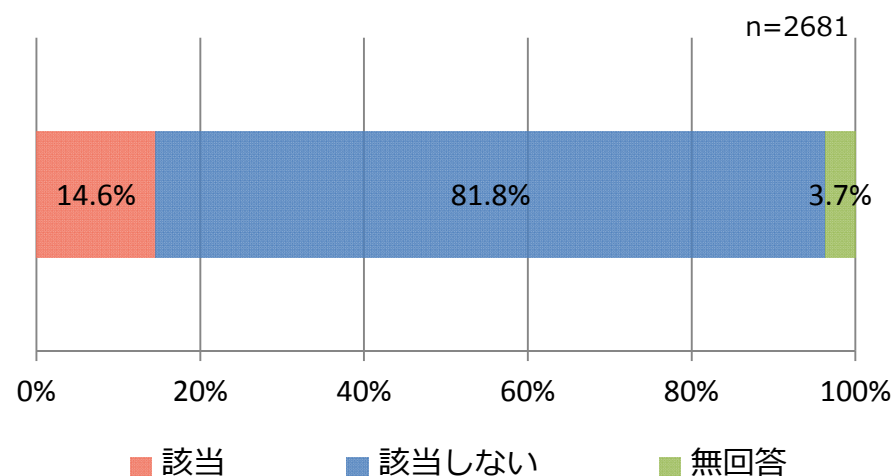
＜患者の疾患＞

- 在宅患者の基礎疾患は多様であり、特に循環器疾患・認知症・脳血管疾患を抱える患者の割合が大きい。
- 別表7に規定する疾病等に該当する患者は全体の15%程度である。

＜疾患別の患者割合＞



＜別表7に規定する疾患への該当割合＞



別表7に規定する疾病

- | | | |
|-----------|-----------------|--------------|
| ・末期の悪性腫瘍 | ・多発性硬化症 | ・重症筋無力症 |
| ・スモン | ・筋萎縮性側索硬化症 | ・脊髄小脳変性症 |
| ・ハンチントン病 | ・進行性筋ジストロフィー症 | ・パーキンソン病関連疾患 |
| ・多系統萎縮症 | ・プリオン病 | ・亜急性硬化性全脳炎 |
| ・ライソゾーム病 | ・副腎白質ジストロフィー | ・脊髄性筋萎縮症 |
| ・球脊髄性筋萎縮症 | ・慢性炎症性脱髄性多発神経炎 | ・後天性免疫不全症候群 |
| ・顎顔損傷 | ・人工呼吸器を使用している状態 | |

※患者票のデータを、日計表における同一建物/非同一建物患者の人数にあわせて重み付けして集計

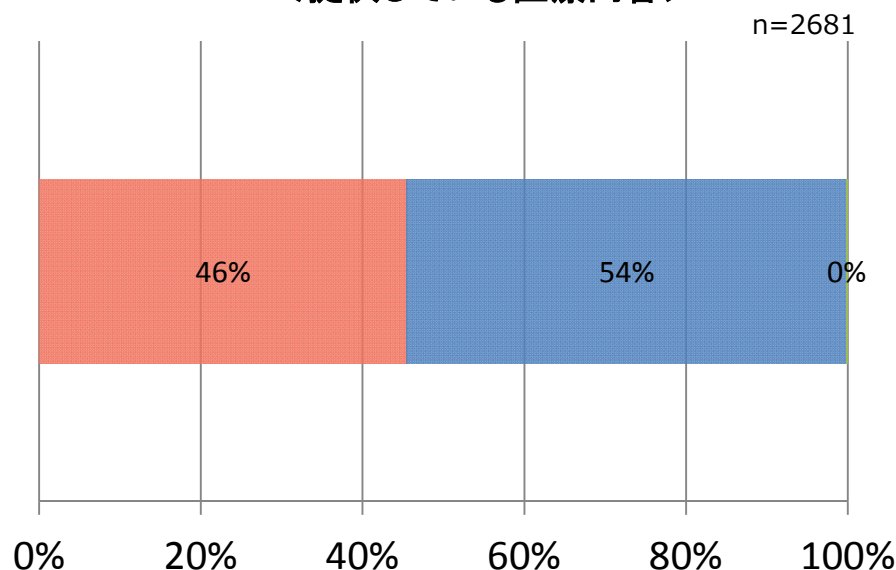
出典：平成26年度検証部会調査（在宅医療）

患者の診療状況について①

＜提供している医療内容＞

- 在宅患者全体の45%程度は調査項目のうち「健康相談」「血圧・脈拍の測定」「服薬援助・管理」のみに該当する一方、残りの55%は「点滴・中心静脈栄養・注射（約11%）」等何らかの処置・管理等を実施されている。

＜提供している医療内容＞



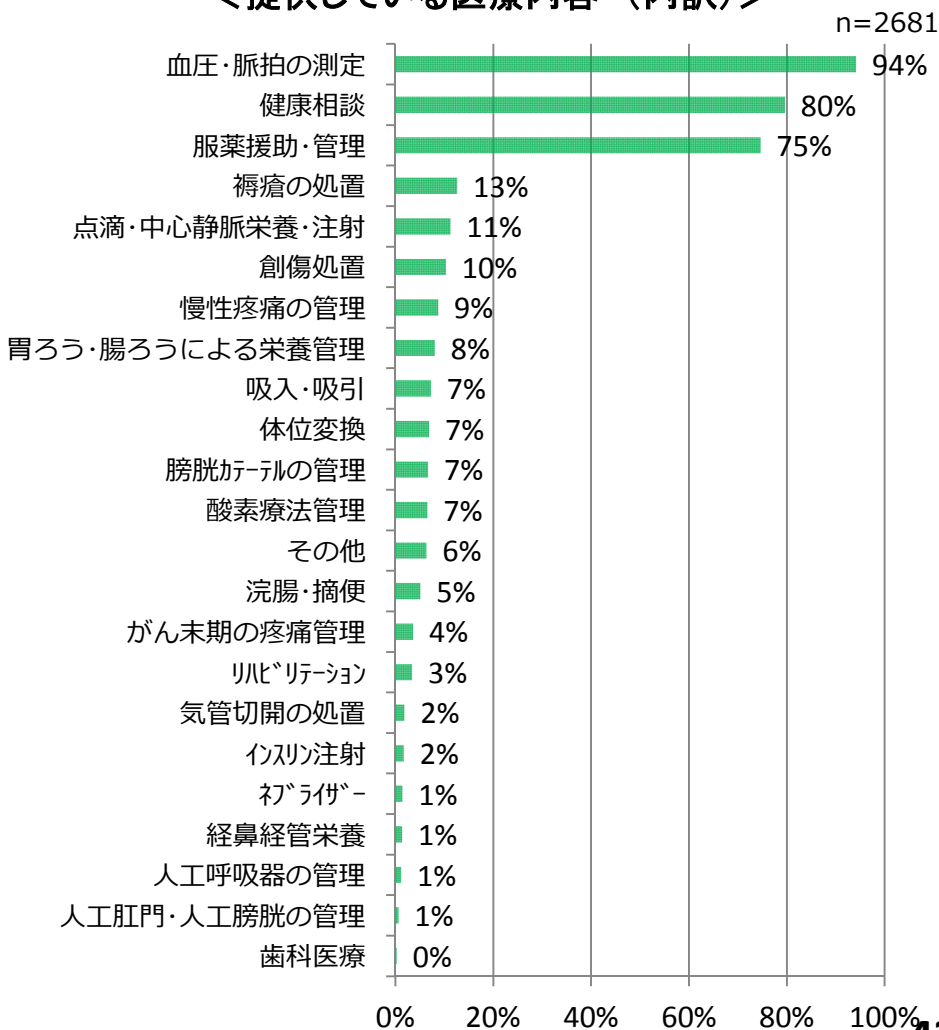
■ 健康相談・血圧・脈拍測定・服薬援助・管理のみ

のもの

■ その他の内容を含むもの

■ 無回答

＜提供している医療内容（内訳）＞



※患者票のデータを、日計表における同一建物/非同一建物患者の人数にあわせて重み付けして集計

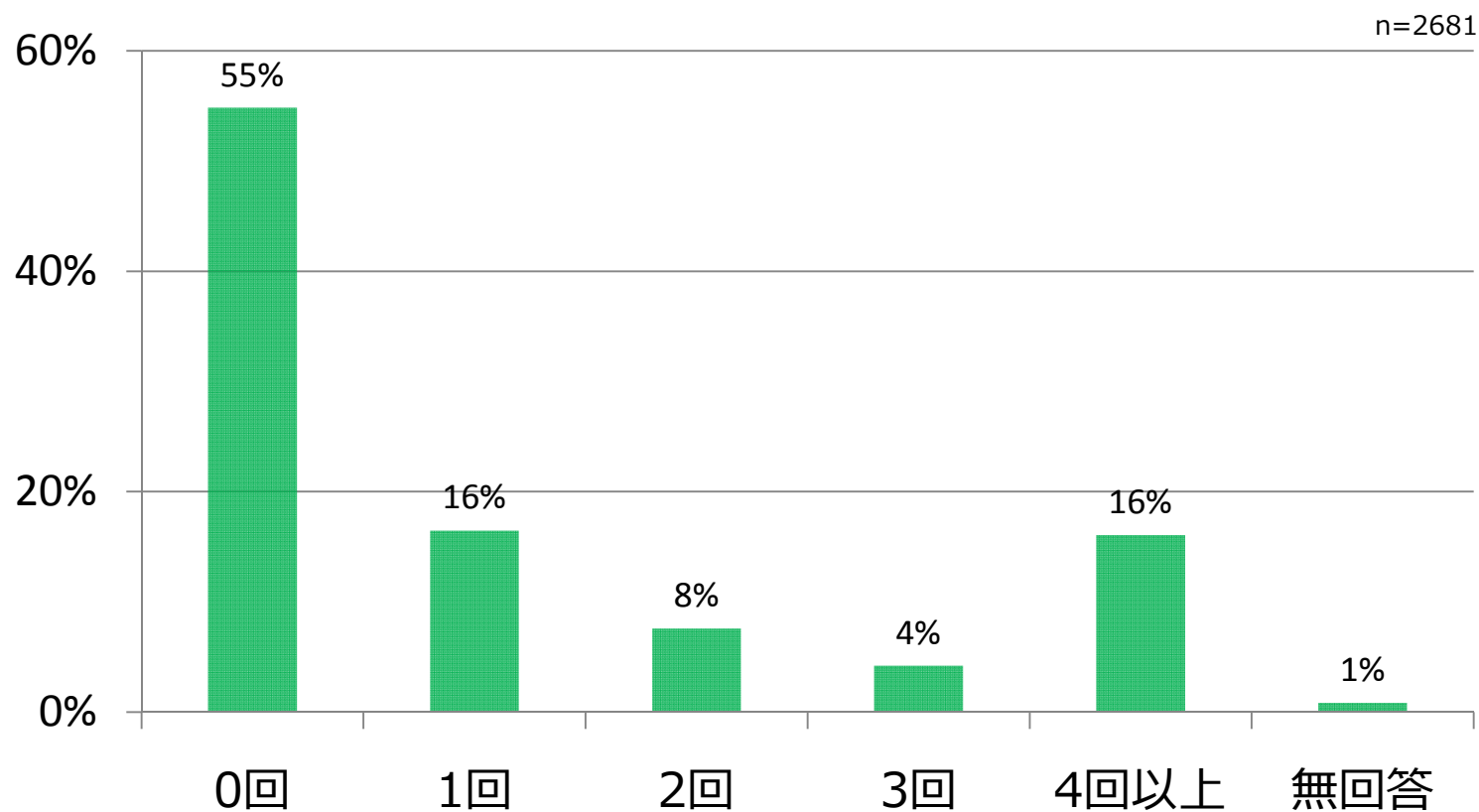
出典：平成26年度検証部会調査（在宅医療）

患者の診療状況について②

＜往診の頻度＞

- 在宅患者全体の50%以上は過去1年間に一度も往診が行われていない一方、1年間に4回以上往診が行われている患者が15%程度存在する。

＜過去1年間に往診を行った回数別の患者割合＞



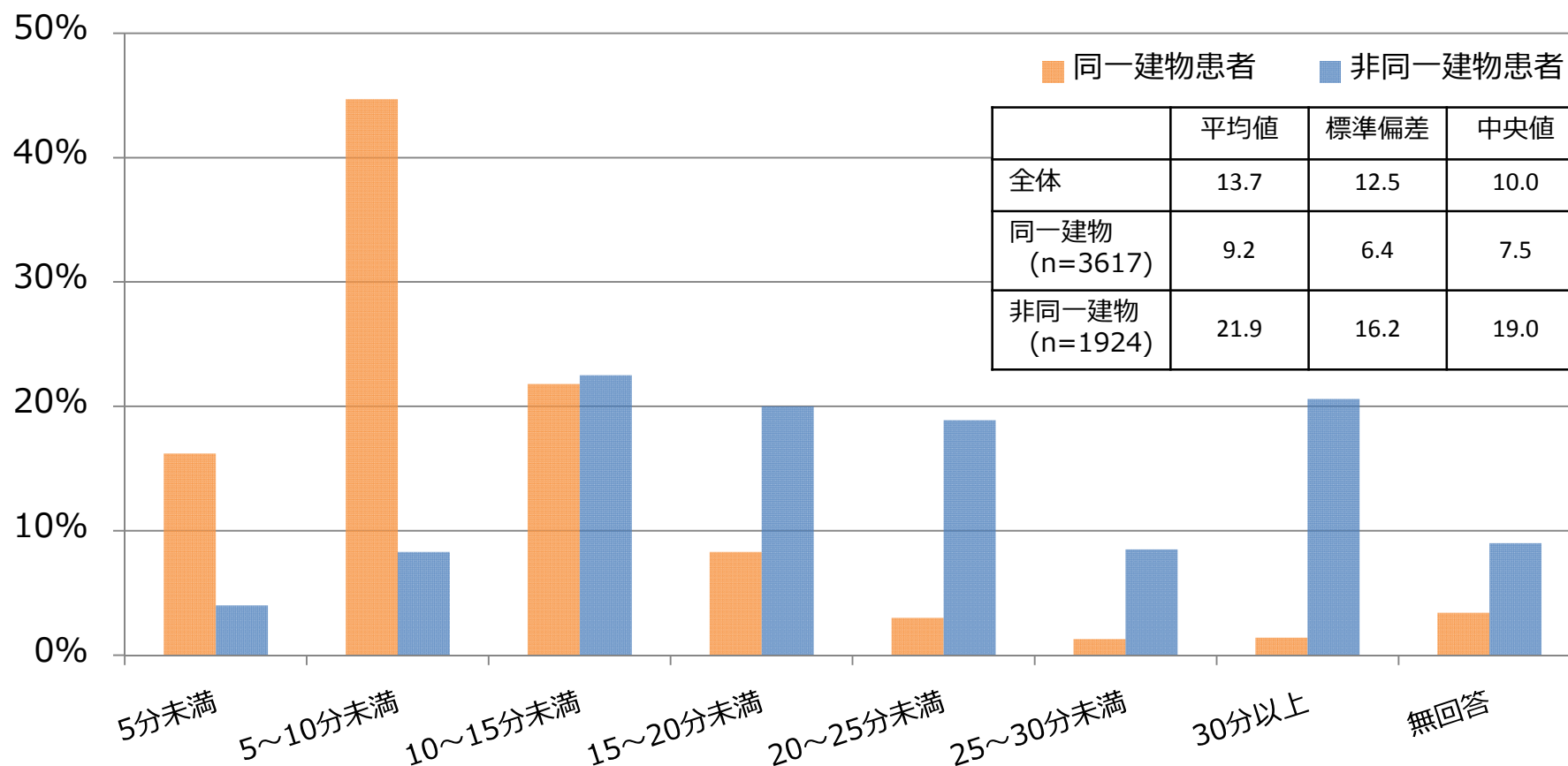
※患者票のデータを、日計表における同一建物/非同一建物患者の
人数にあわせて重み付けして集計
出典：平成26年度検証部会調査（在宅医療）

患者の診療状況について③

＜患者の診療時間＞

- 在宅患者全体の診療時間については、平均値が13.7分、標準偏差が12.5であり、一定程度のばらつきがみられる。
- また、居住施設により診療時間の分布に違いがみられる。

＜1人当たりの診療時間別の患者割合＞



※訪問診療時間に、移動時間は含まれていない。

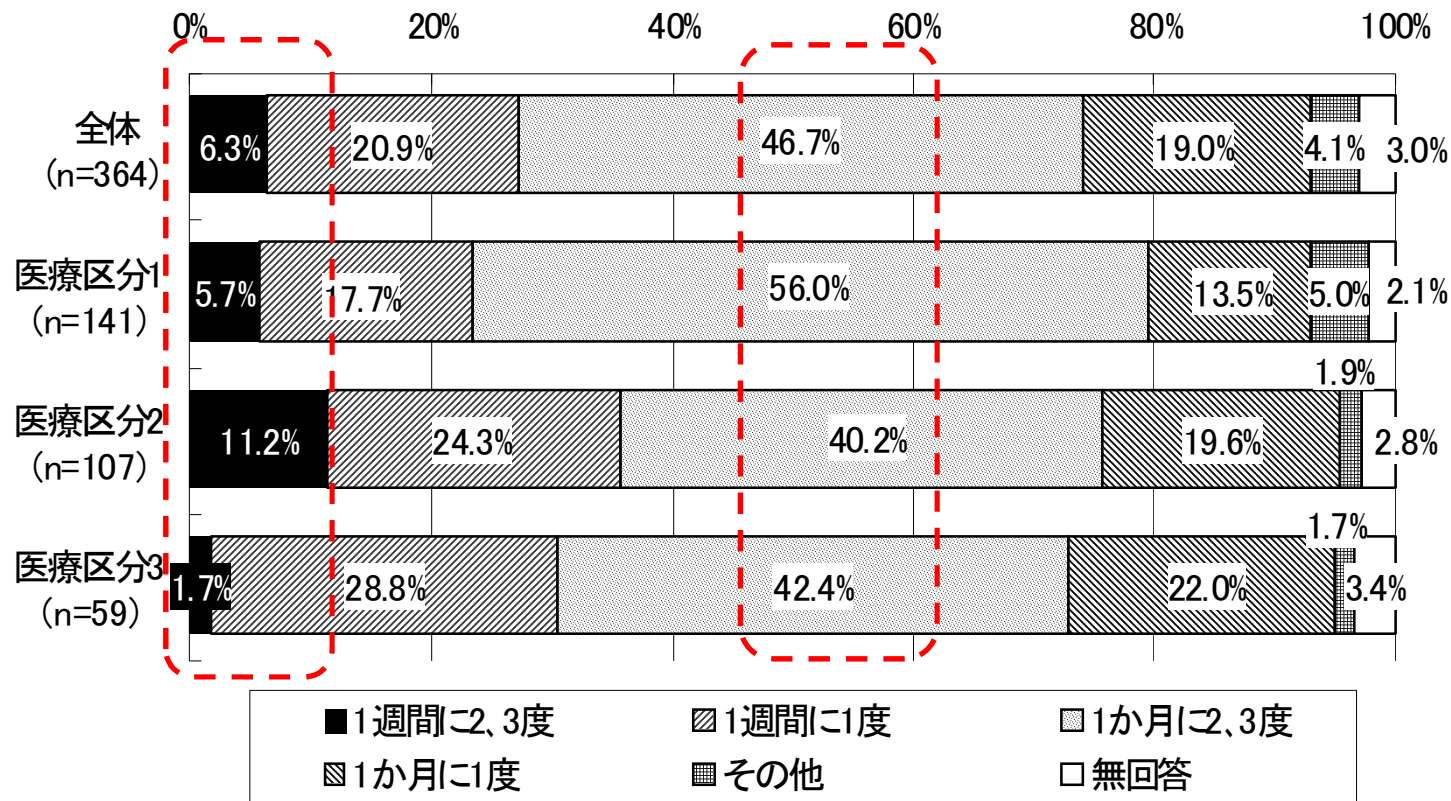
出典：平成26年度検証部会調査（在宅医療）

患者の診療状況について④

＜訪問診療の頻度＞

中医協 総-3(改)
25.10.23

- 訪問診療が1週間に2, 3度実施されているのは在宅患者全体の一部であった。
- 一方で、在宅総合医療管理料等が算定可能な「1ヶ月に2, 3度」が最も多かった。



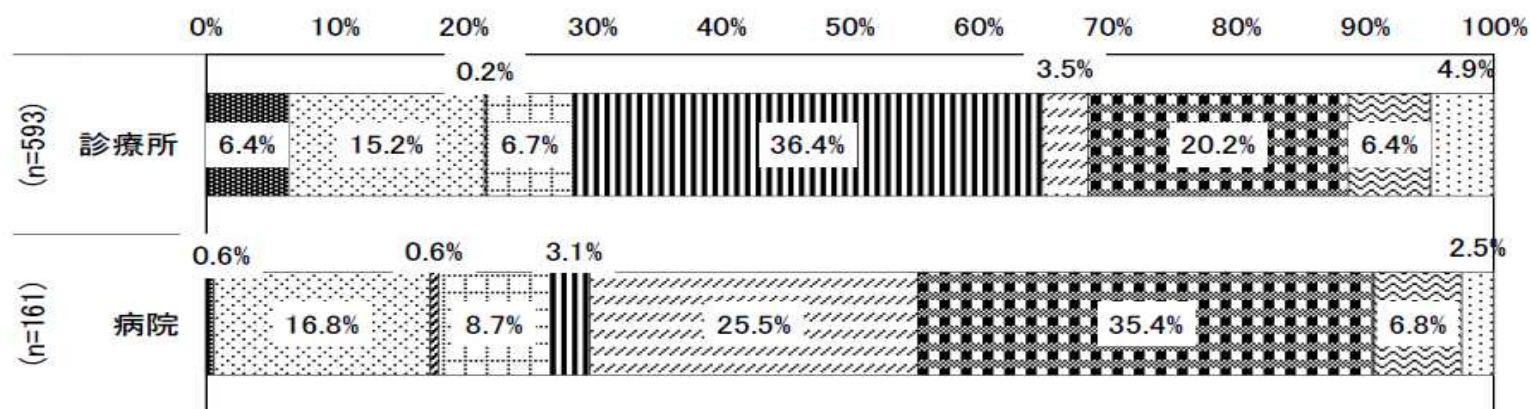
(注) 「その他」には「2～3か月に1度」「決まっていない」「わからない・忘れた」「その他」が含まれる。

医療機関による訪問診療の実施状況について①

＜訪問診療を行う時間帯＞

- 訪問診療を行う時間帯については、「昼休みまたは外来の前後で訪問診療を行っている」診療所（36.4%）や「特定の曜日に訪問診療を行っている」病院（35.4%）など、外来と時間を分けて診療を行っている医療機関が多く存在する。
- 一方、「午前・午後ともに外来診療も訪問診療も行っている」病院（25.5%）や「訪問診療を中心に行っている」診療所（6.4%）も一定程度存在する。

＜訪問診療を行う時間帯＞



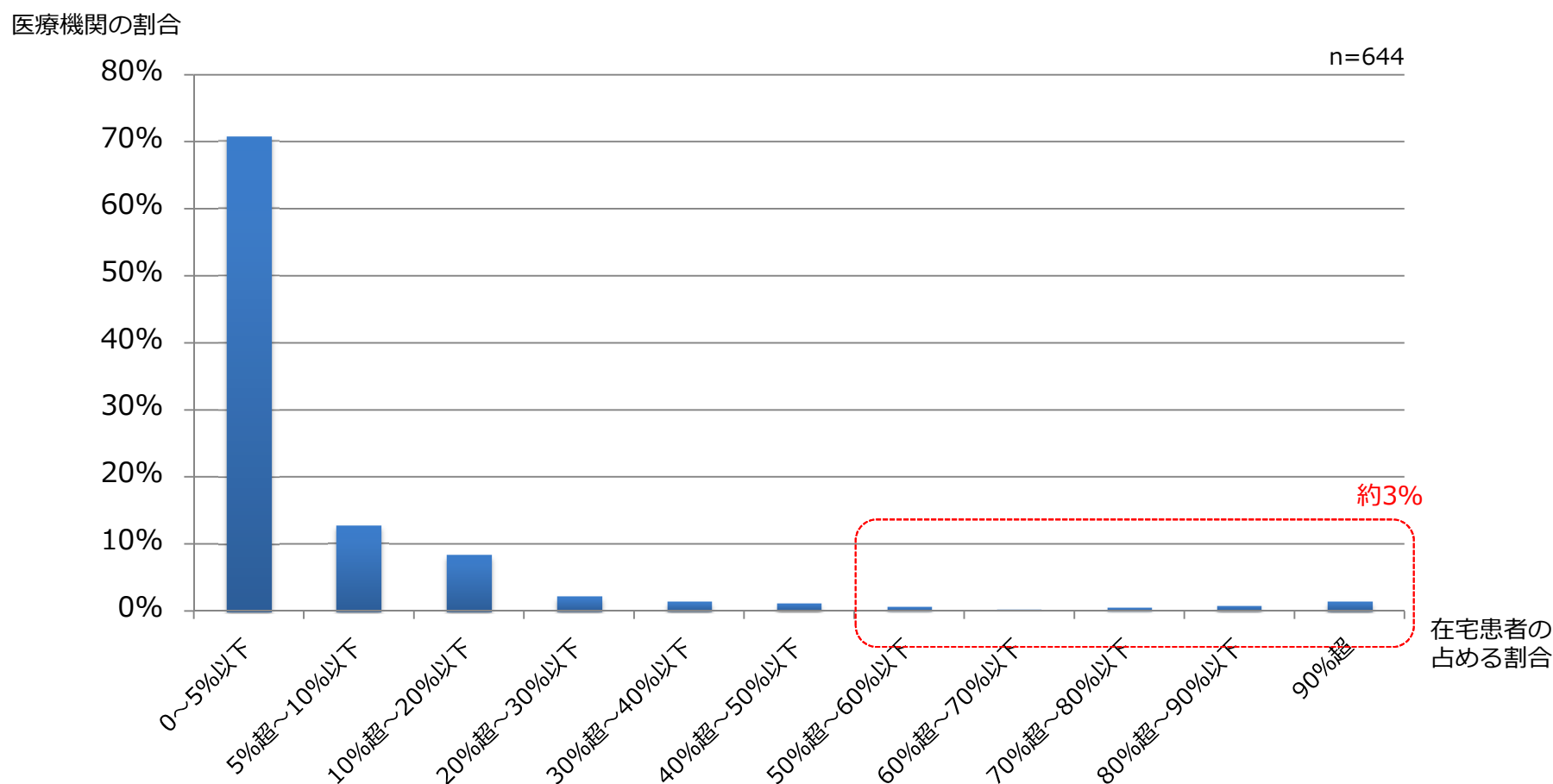
- 訪問診療を中心に行っている
- ▣ 午前中は外来診療、午後に訪問診療を行っている
- ▤ 午前中は訪問診療、午後に外来診療を行っている
- ▥ 外来診療時間を調整し訪問診療を行っている
- ▧ 昼休みまたは外来の前後で訪問診療を行っている
- ▨ 午前・午後ともに外来診療も訪問診療も行っている
- ▩ 特定の曜日に訪問診療を行っている
- その他
- 無回答

医療機関による訪問診療の実施状況について②

<訪問診療の実施割合>

- 調査の対象となった医療機関※において、1か月の診療患者（外来・在宅を含む。）のうち、在宅患者が過半数を占める医療機関が一定程度存在する。

<外来・在宅患者のうち在宅患者の占める割合別の医療機関分布>



※在支診・在支病又は在総管・特医総管の届出医療機関

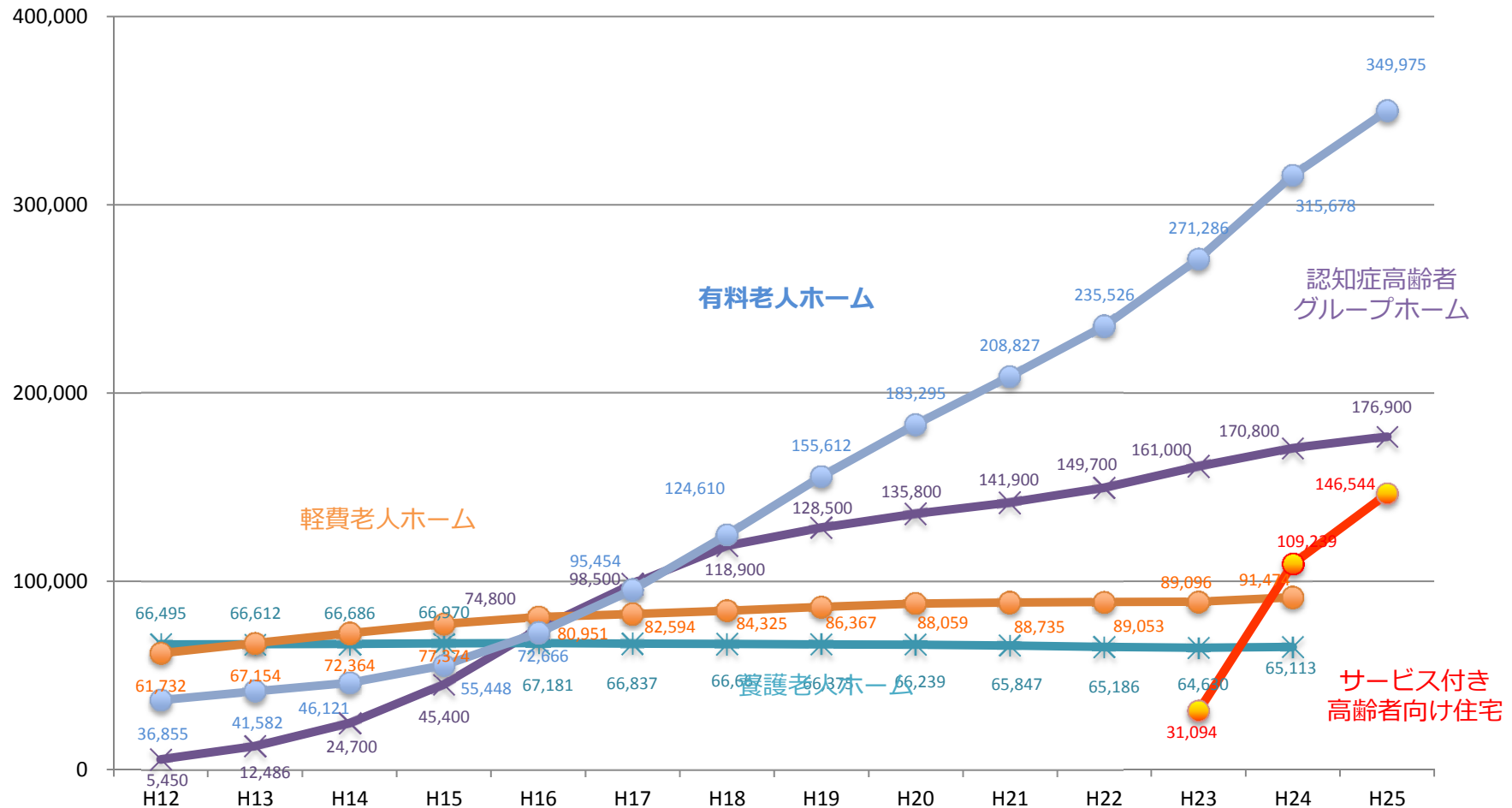
医療機関による訪問診療の実施状況について③

＜高齢者向け住まい・施設の定員数＞

再掲

- 高齢者向けの住まいは、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を中心に増加傾向にある。

(単位: 人・床)



※1: 認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査(10月審査分)【H14～】(定員数ではなく利用者数)」による。

※2: 認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。

※3: 介護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H24社会福祉施設等調査(10/1時点)」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24は基本票の数値。

※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(7/1時点)による。

※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(3/31時点)」による。

医療機関による訪問診療の実施状況について④

＜集合住宅における訪問診療及び通院介助の利用状況＞

- 高齢者向け住まい・施設の入居者の多くが、訪問診療や通院介助を利用して医療を受けている。
- 特に有料老人ホームや認知症グループホームでは、要介護度に関わらず訪問診療・通院介助を利用している割合が高い。

＜要介護度別の入所者に占める訪問診療・通院介助の利用割合＞

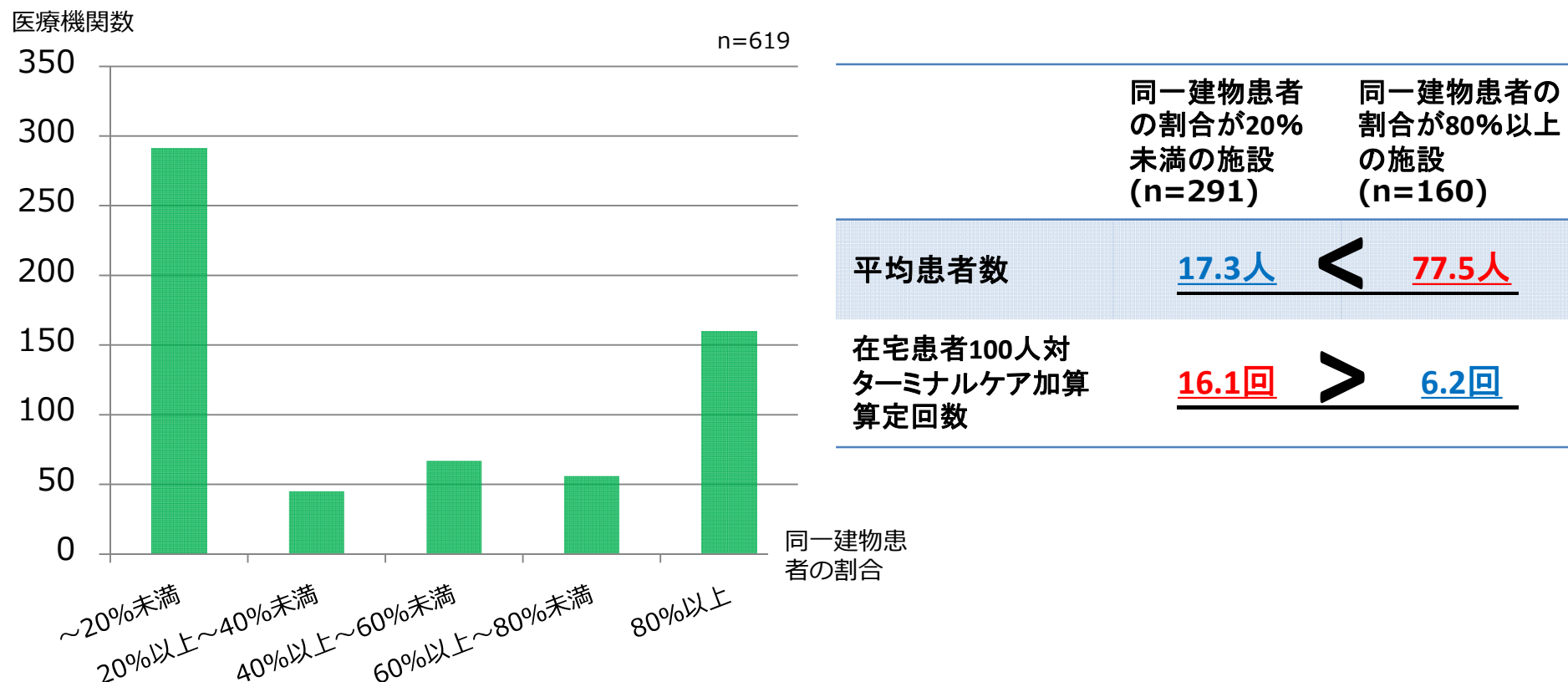
	サ高住		有料老人ホーム		養護老人ホーム		軽費老人ホーム		認知症グループホーム	
	訪問診療	通院介助	訪問診療	通院介助	訪問診療	通院介助	訪問診療	通院介助	訪問診療	通院介助
自立	3%	7%	17%	34%	53%	43%	7%	10%	—	—
要支援1・2	27%	17%	68%	46%	64%	46%	12%	24%	100%	75%
要介護1	48%	30%	83%	41%	63%	57%	21%	32%	83%	64%
要介護2	66%	30%	84%	44%	66%	53%	29%	41%	87%	51%
要介護3	69%	29%	91%	43%	68%	51%	33%	50%	87%	57%
要介護4・5	88%	34%	92%	35%	68%	49%	48%	57%	92%	54%
平均訪問医療機関数	1.7施設 (n=175)		1.8施設 (n=168)		1.5施設 (n=139)		0.8施設 (n=78)		1.3施設 (n=167)	

医療機関における訪問診療の実施状況について⑤

＜同一建物患者の診療状況＞

- 在宅患者のうち同一建物患者の占める割合が「20%未満」及び「80%以上」の医療機関が多い。
- 同一建物患者が少ない医療機関は、患者数が少なく、患者数に対してターミナルケア加算の算定回数が多い傾向にある。一方、同一建物患者が多い医療機関は、患者数が多く、患者数に対してターミナルケア加算の算定回数が少ない傾向にある。

＜同一建物患者の占める割合別の医療機関分布＞



※在宅患者が0人の医療機関を除く。

出典：平成26年度検証部会調査（在宅医療）

医療機関による訪問診療の実施状況について⑥

＜高齢者向け住まいにおける医療機関の設置状況＞

- 高齢者向け住まい・施設では、一定割合の割合で医療機関が併設・隣接されている。

病院・診療所の併設割合

サービス付き高齢者向け住宅	15.4%
有料老人ホーム	14.8%
養護老人ホーム	12.5%
軽費老人ホーム	20.4%
認知症高齢者グループホーム	9.8%

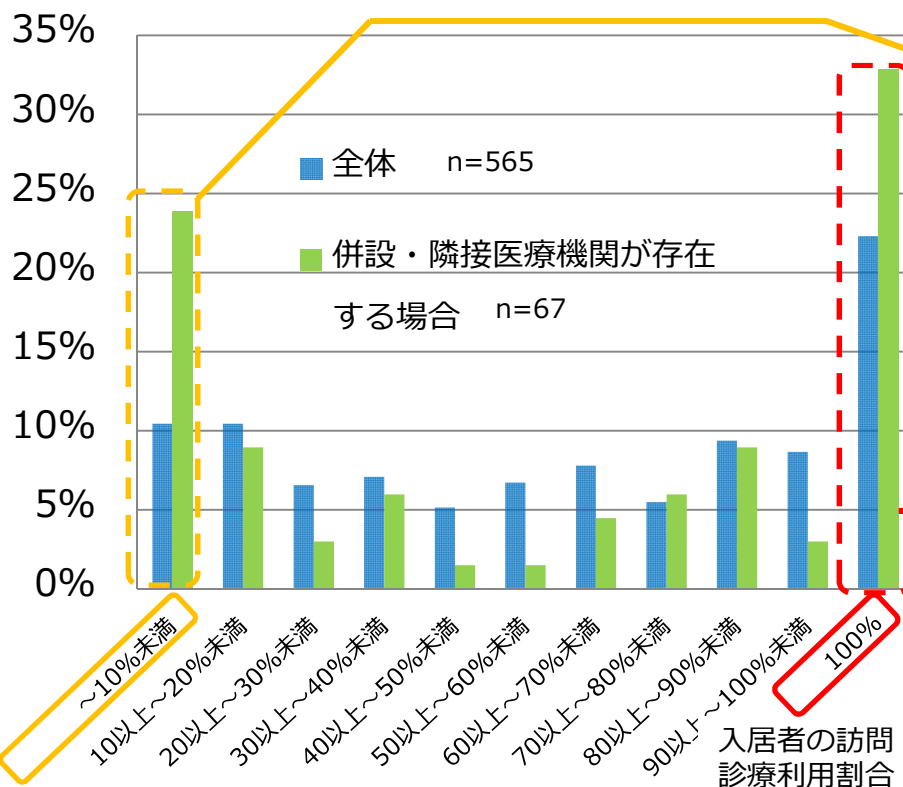
医療機関による訪問診療の実施状況について⑦

＜集合住宅に隣接・併設する医療機関＞

- 併設・隣接医療機関が存在する集合住宅では、訪問診療を受ける入居者の割合が「10%未満」及び「100%」の施設が多い。
- 訪問診療の利用割合が「10%未満」の集合住宅では、要介護度が上がるとともに訪問診療の利用が増える傾向にある。一方、訪問診療の利用割合が「100%」の集合住宅では、要介護度の低い入所者も全員が訪問診療を利用している。

＜最も患者が多い医療機関による訪問診療の利用割合別の集合住宅分布＞

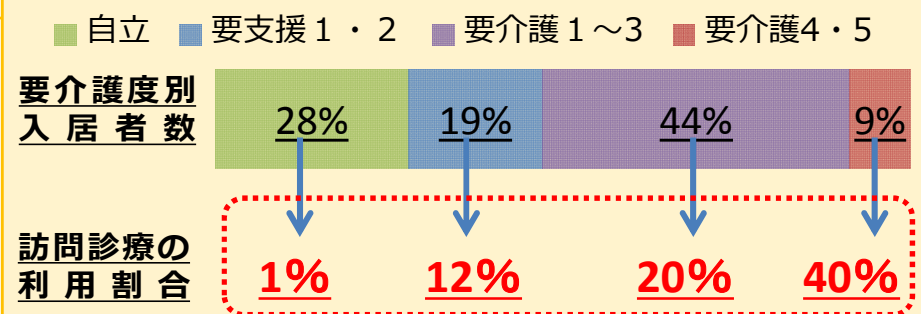
集合住宅の割合



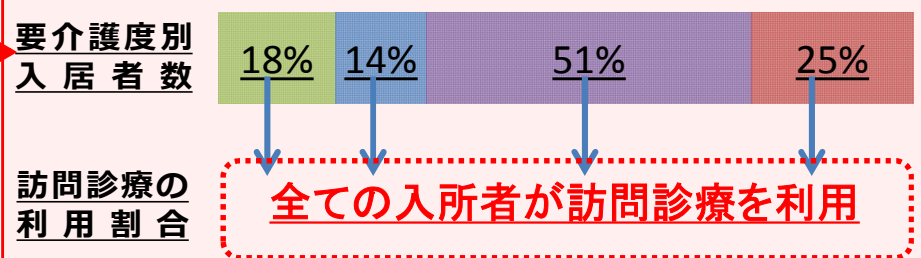
出典：平成26年度検証部会調査（在宅医療）

＜要介護度別入居者数と、訪問診療の利用割合＞

訪問診療の利用割合が10%未満の施設



訪問診療の利用割合が100%の施設



在宅医療における技術の評価について①

<日本在宅医学会の研修プログラムの内容>

- 在宅医療に必要な技術は多岐に渡っており、医学的側面からは特に老年医学・緩和医療学・神経難病等の内部障害や看取りの諸相に対応する技術等が重要であるとされている。

➤ 在宅研修施設での研修

- ① 主治医として診療を行った30症例の報告（以下を含む。）
 - a. がんの在宅緩和医療の領域、認知症を含む高齢者ケアの領域、内部障害（神経難病、臓器不全等）又は小児若年障害者の領域から各3症例以上
 - b. 在宅看取り例3症例以上
- ② 他施設交流研修を3回以上
- ③ **ポートフォリオの作成**（以下の領域を網羅）
 - a. 医学的側面；老年医学、緩和医療学、内部障害・小児・障害者、在宅医療の諸相（導入、急性期、看取り等）、生物・心理・社会モデル
 - b. 社会的側面；社会保障制度の理解、患者中心の医療と家族ケア、チームアプローチ、臨床倫理・意思決定の支援、在宅医療の質改善・地域づくり

出典：日本在宅医学会ホームページ

ポートフォリオ（一部抜粋）			
A 医学的側面	1	老年医学	A 1-① 認知症
			A 1-② 栄養障害、
			A 1-③ 摂食嚥下障害・口腔内の問題のアプローチ、
			A 1-④ 排泄（排尿・排便）
			A 1-⑤ 褥瘡とフットケア
			A 1-⑥ リハビリテーション（転倒・骨折、廃用症候群を含む）
			A 1-⑦ その他
	2	緩和医療学	A 2-① 疼痛管理
			A 2-② 他の症状管理（呼吸苦、倦怠感、食思不振、イラウス、譫妄等）
			A 2-③ 非がん疾患のホスピス・緩和ケア
			A 2-④ スピリチュアルケア
			A 2-⑤ グリーフケア
			A 2-⑥ 臨死期の対応〔看取り〕
			A 2-⑦ その他
	3	内部障害・小児・障害者	A 3-① 神経難病
			A 3-② 呼吸不全、心不全、腎不全、膠原病
			A 3-③ 小児
			A 3-④ 障害者
			A 3-⑤ その他
	4	在宅医療の諸相（導入、急性期、看取りなど）	A 4-① 急性期のアセスメント
			A 4-② 急性期の在宅での治療
			A 4-③ 入院適応について
			A 4-④ 在宅医療の導入
			A 4-⑤ 臨死期の対応〔看取り〕
			A 4-⑥ その他
	5	生物、心理、社会モデル	A 5-① 複雑な事例（困難事例）への対応
			A 5-③ その他

在宅医療における技術の評価について②

<診療報酬上の評価>

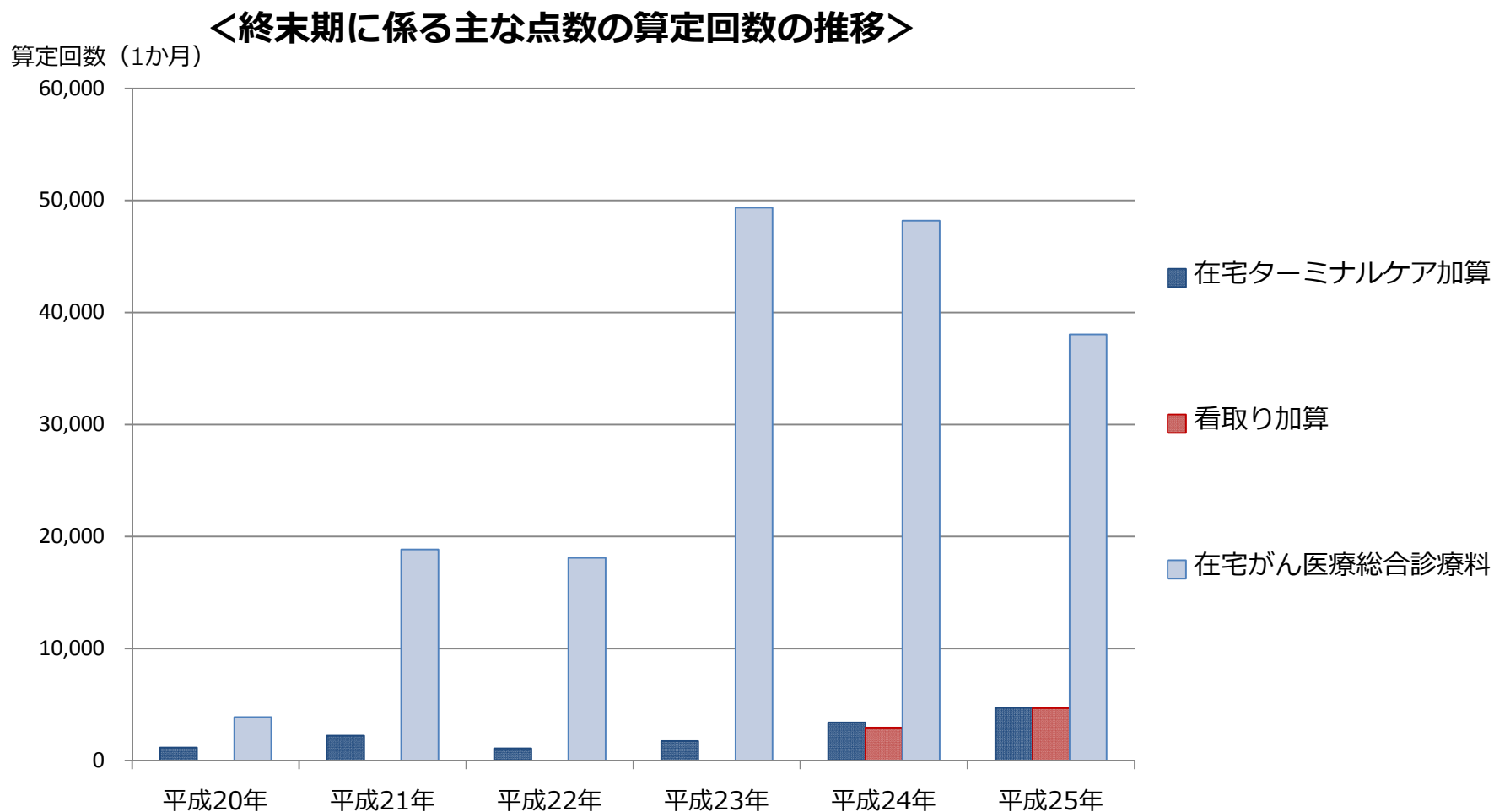
- 在宅医療について、診療報酬上は24時間体制の構築や施設間の連携等の診療体制等を評価するとともに、看取りの件数等に着目して診療実績に応じた評価が行われている。

		在宅療養支援診療所等		在宅時医学 総合管理料等
		機能強化型	従来型	
主 な 施 設 基 準	ストラクチャー 評価	○24時間往診・訪問看護が可能 ○緊急時に入院できる病床を確保 ○診療録管理を行う体制を整備 ○他の保健医療サービス等との連携		○以下のア、イを満たす - ア 介護支援専門員、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置 - イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務
	プロセス 評価	○常勤医師を3名以上配置	—	
	アウトカム 評価	○24時間連絡を受ける保険医等をあらかじめ指定 * 連携型の場合 ○緊急時の連絡先の一元化 ○定期的なカンファレンス	—	—
主な算定要件		○過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上 ○過去1年間の看取りの実績を4件以上	—	—
加算		—	—	○計画的な医学管理の下、月2回以上の定期的な訪問診療の実施 ○患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者、家族等に対して説明し、診療録に記録 ○在宅移行早期加算；算定開始月から3か月間 ○重症者加算；末期の悪性腫瘍や人工呼吸器の患者について、1月に4回以上診療 ○在宅療養実績加算；緊急の往診及び看取りに関する実績

在宅医療における技術の評価について③

＜終末期に係る点数の算定＞

- 在宅ターミナルケア加算、看取り加算や在宅がん医療総合診療料の算定回数は、概ね増加傾向にある。

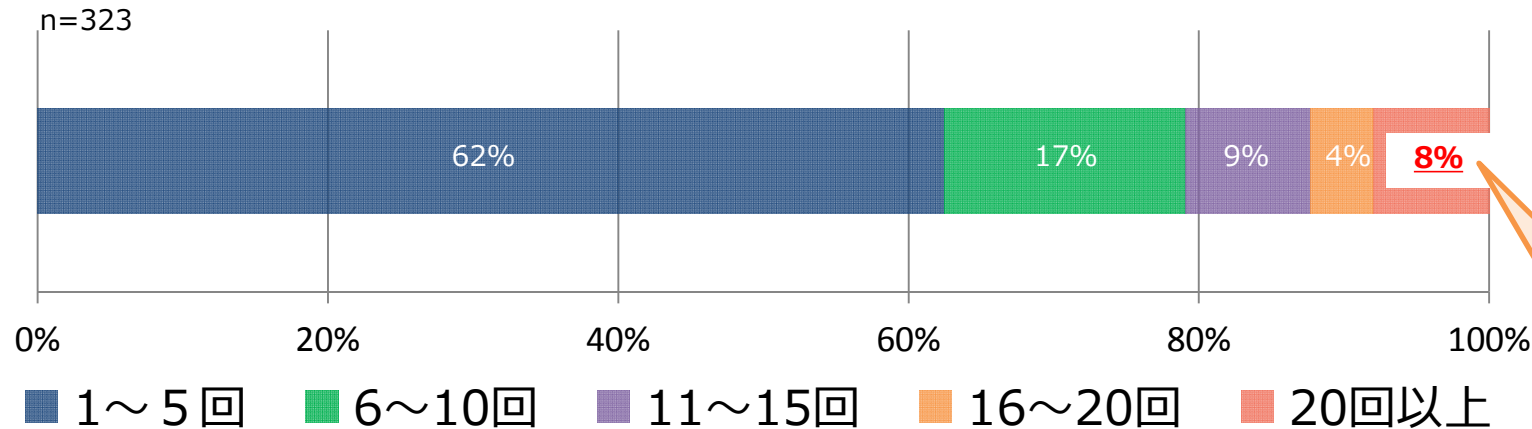


在宅医療における技術の評価について④

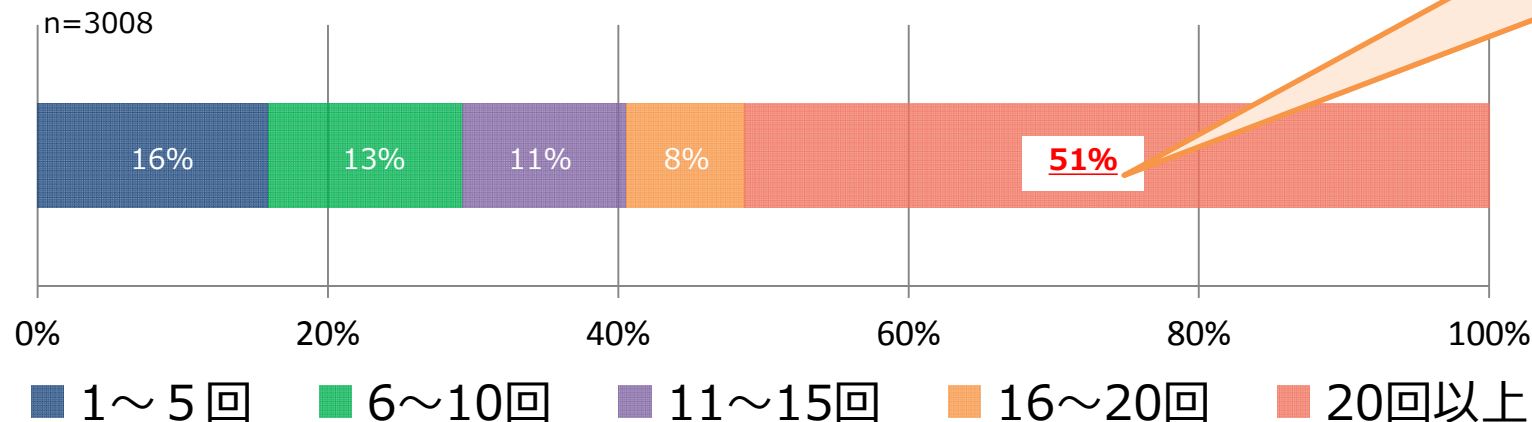
<看取りの取り組み状況>

- ターミナルケア加算を1回以上算定している医療機関においても、当該加算の算定回数には差があり、一部の算定回数が多い医療機関が全体に占める割合が大きい。

<ターミナルケア加算の年間算定回数別の医療機関数分布>



<上記医療機関がターミナルケア加算算定回数全体に占める割合>

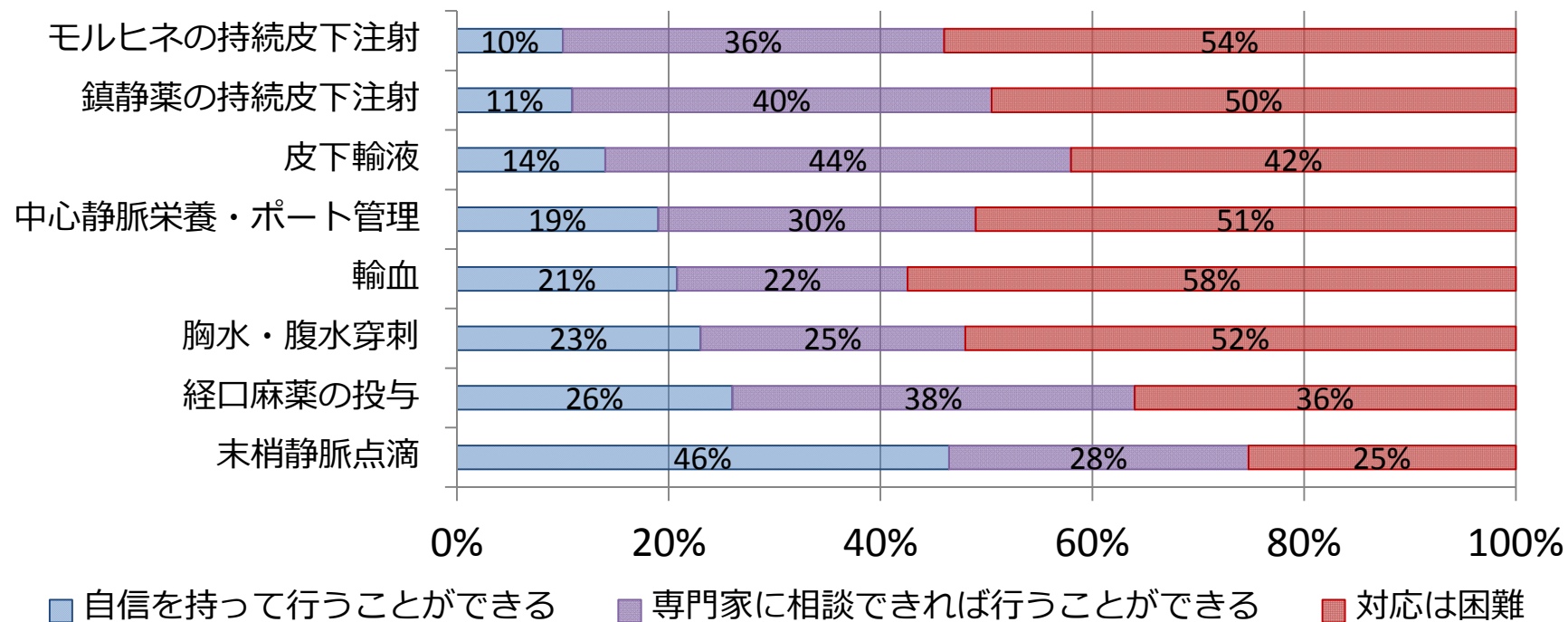


年間算定回数の上位8%の医療機関が、全体の算定回数の約50%を算定している。

在宅医療における技術の評価について⑤

＜緩和医療において担当可能な治療＞

- 地域においてより有効な緩和ケアを提供するためには、経口麻薬の投与法等に関する教育・普及が重要であるとの報告がある。



【研究概要】

研究目的：診療所医師における在宅緩和ケアの診療経験、担当可能な治療、緩和ケアコンサルテーション等への参加意欲、がん末期における入院理由等を明らかにすること。

研究方法：調査票の郵送配布・回収による横断調査

調査対象：鶴岡市、柏市、浜松市、長崎市の診療所（内科、外科、呼吸器科、消化器科、泌尿器科、婦人科）

回答数：235医療機関（n=235/1,106）

4. 在宅医療の提供体制・提供状況について

4－1. 訪問診療について

4－2. 在宅歯科診療について

4－3. 在宅薬剤管理について

平成26年度診療報酬改定における対応①

歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等

(現 行)				(改定後)			
		同一の建物に居住する患者数				同一の建物に居住する患者数	
		1人	2人以上			1人	2人以上9人以下
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	歯科訪問診療1 【850点】	歯科訪問診療2 【380点】			歯科訪問診療1 【866点】	歯科訪問診療2 【283点】
	20分未満	歯科初・再診料 【218点、42点】				歯科訪問診療3 【143点】	

歯科訪問診療料

1	歯科訪問診療1	850点		866点	(うち、消費税対応分+16点)
2	歯科訪問診療2	380点		283点	(うち、消費税対応分+3点)
(新) 3	歯科訪問診療3			143点	(うち、消費税対応分+3点)

在宅患者等急性歯科疾患対応加算

イ	同一建物居住者以外の場合	170点	
ロ	同一建物居住者(同一日に5人以下)	85点	
ハ	同一建物居住者(同一日に6人以上)	50点	
			同一建物居住者 55点

平成26年度診療報酬改定における対応②

在宅かかりつけ歯科診療所加算の新設

- ◆ 在宅歯科医療を推進する観点から、訪問歯科診療のうち、在宅療養を行っている患者に対する訪問を中心に実施している歯科診療所の評価のため平成26年度診療報酬改定において新設

[施設基準告示]

- (1) 歯科医療を担当する**診療所**である保険医療機関であること。
- (2) 当該診療所で行われる**歯科訪問診療の延べ患者数が月平均5人以上であり、そのうち8割以上が歯科訪問診療1を算定**していること。

<留意事項通知>

在宅かかりつけ歯科診療所加算は、在宅療養患者（下記のイに入居若しくは入所している患者又はロのサービスを受けている患者以外の患者をいう）に対して**歯科訪問診療1**を算定した場合に所定点数に加算する。

下記などに**入居又は入所している患者**(5)のイ

- 養護老人ホーム
- 軽費老人ホーム
- 有料老人ホーム
- 特別養護老人ホーム
- マンションなどの集合住宅
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条に規定する「サービス付き高齢者向け住宅」に限る。

下記などの**サービスを受けている患者**(5)のロ

- 短期入所生活介護
- 小規模多機能型居宅介護
指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。
- 認知症対応型共同生活介護
- 介護予防短期入所生活介護
- 介護予防小規模多機能型居宅介護
指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。
- 介護予防認知症対応型共同生活介護

平成26年度診療報酬改定における対応③

歯科医療機関連携加算の新設(医科点数表)

- ◆ 在宅歯科医療における医科医療機関と歯科医療機関の連携に係る評価のため平成26年度診療報酬改定において新設(医科点数表における評価、診療情報提供料の加算)

[算定告示]

保険医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100点を所定点数に加算する。

<留意事項通知>

歯科医療機関連携加算は、保険医療機関(歯科診療を行う保険医療機関を除く。)が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載する。

ア (略)

イ **在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合**

在宅療養支援病院
在宅療養支援診療所



訪問診療

医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、情報提供

在宅療養支援歯科診療所



歯科訪問診療



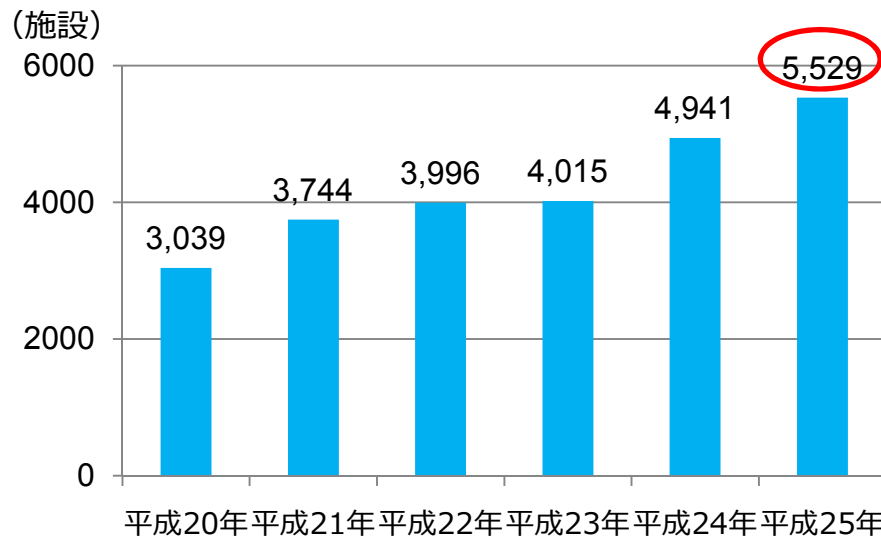
在宅療養支援歯科診療所について

- 在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所であり、平成20年度改定時に創設

【施設基準】

- 1 歯科訪問診療料を算定していること
- 2 高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 3 歯科衛生士が配置されていること
- 4 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整えていること
- 5 在宅歯科医療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

＜在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移＞



＜在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価＞

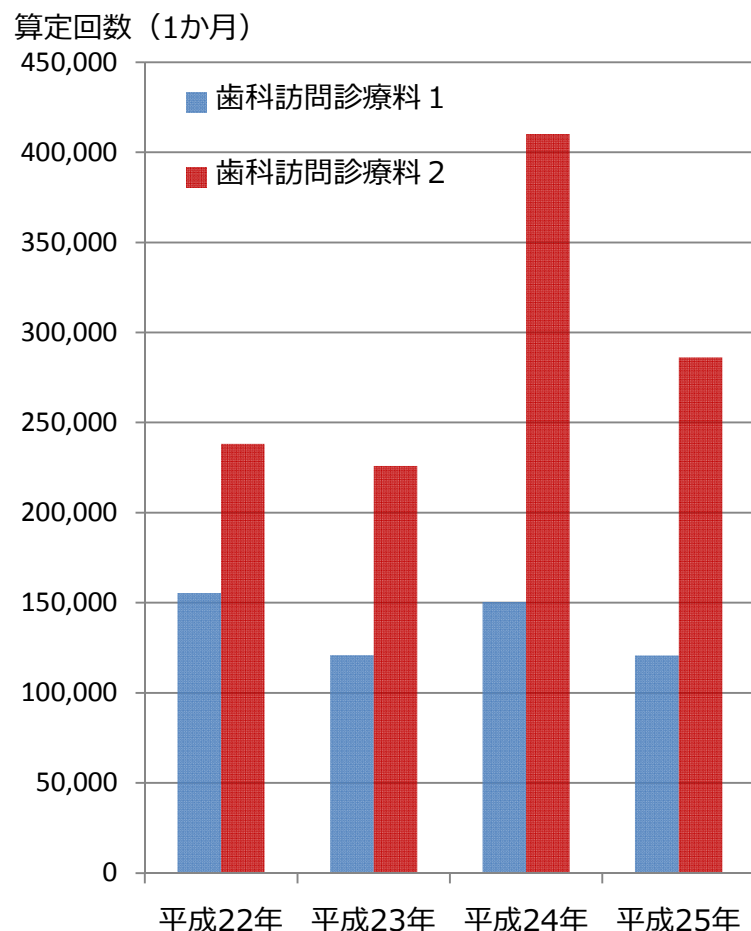
	歯援診	歯援診以外
退院時共同指導料 I	600点	300点
歯科疾患在宅療養指導管理料 (口腔機能管理加算)	140点 (+ 50点)	130点
歯科訪問診療補助加算	同一建物居住者以外の場合：110点 同一居住者の場合：45点	—

在宅療養支援歯科診療所は増えているものの、全歯科診療所の約8%にとどまっている

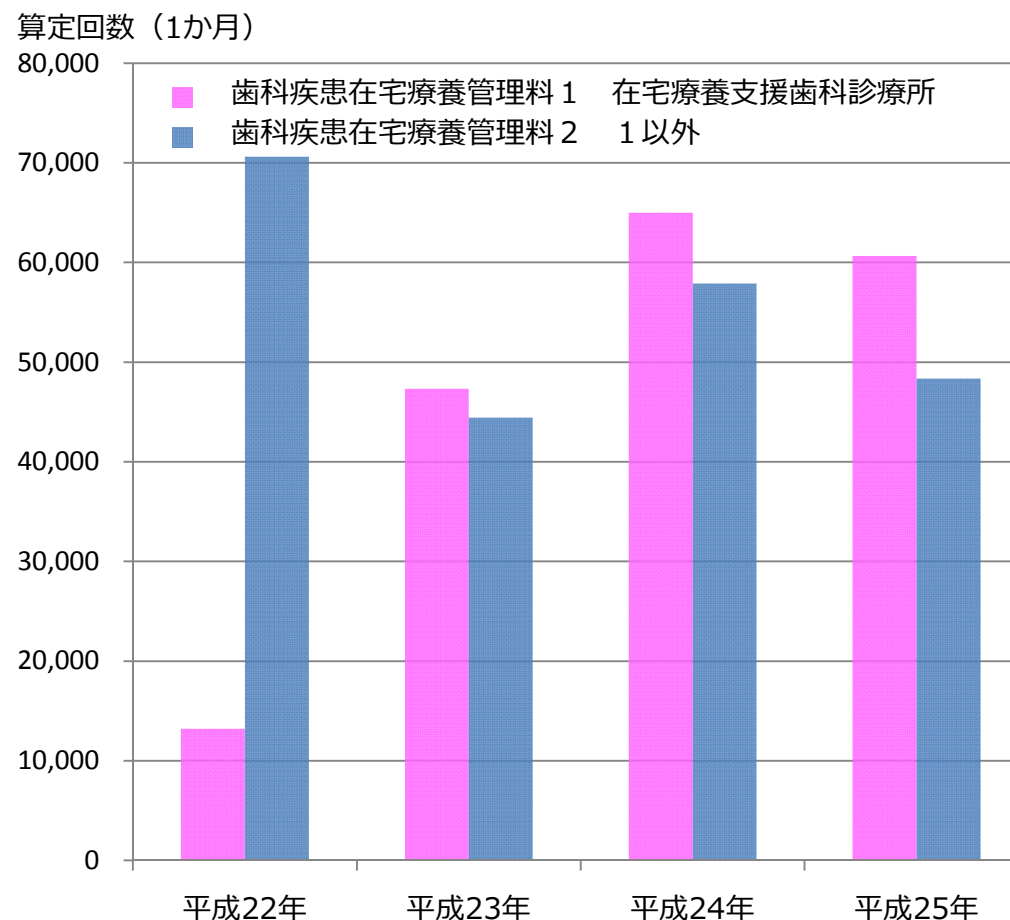
在宅歯科医療に係る点数の算定状況について

- 歯科訪問診療料の算定回数は増加傾向にある。
- また、歯科疾患在宅療養管理料の算定回数も増加傾向にあり、とくに在宅療養支援歯科診療所の算定回数が増加している。

歯科訪問診療料の算定回数



歯科疾患在宅療養管理料の算定回数



歯科訪問診療の患者数・日数

<平成26年度検証調査・歯科医療機関調査>

- 歯科訪問診療の患者総数、診療を行った日数の平均は改定前後で増加していた。

歯科訪問診療患者総数	平成26年3月			平成26年7月		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1) 歯科訪問診療患者総数	43.5	122.5	6.0	47.6	136.0	6.0
2) うち、同一建物で1人の患者に歯科訪問診療を実施した患者総数	10.8	32.5	2.0	12.5	37.5	2.0
3) うち、同一建物で複数の患者に歯科訪問診療を実施した患者総数	32.7	104.3	0.0	35.1	115.9	0.0

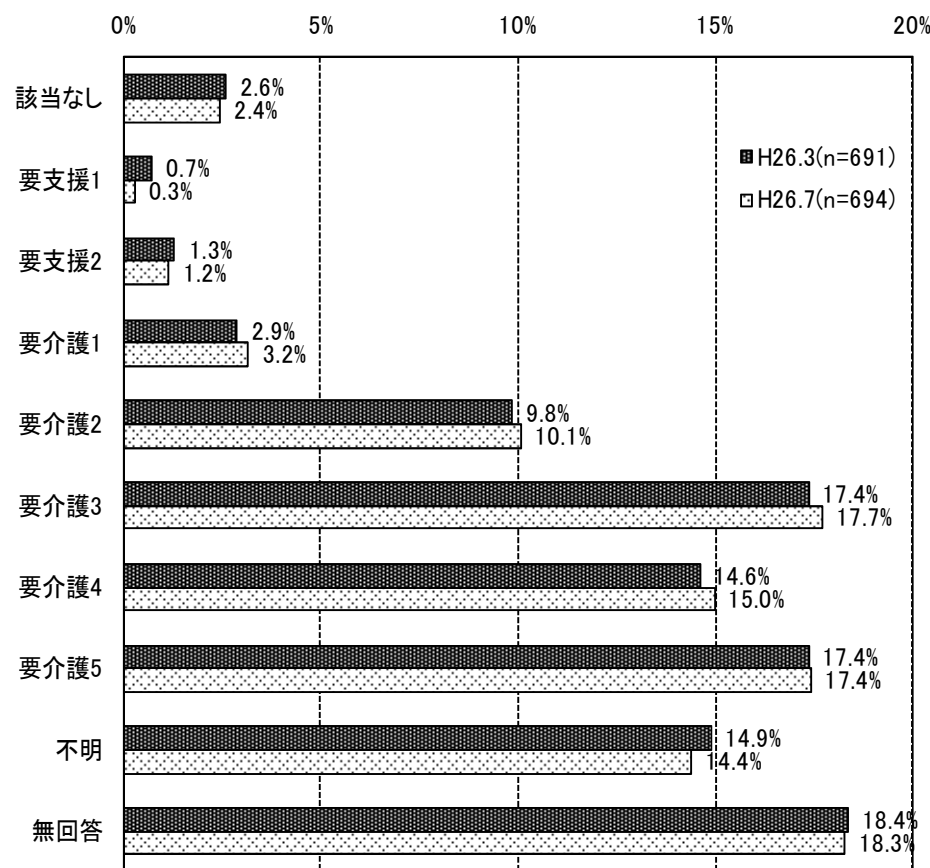
歯科訪問診療を行った日数	平均値	標準偏差	中央値
平成26年3月	8.7	17.3	4.0
平成26年7月	9.3	17.6	5.0

歯科訪問診療の患者の状態等

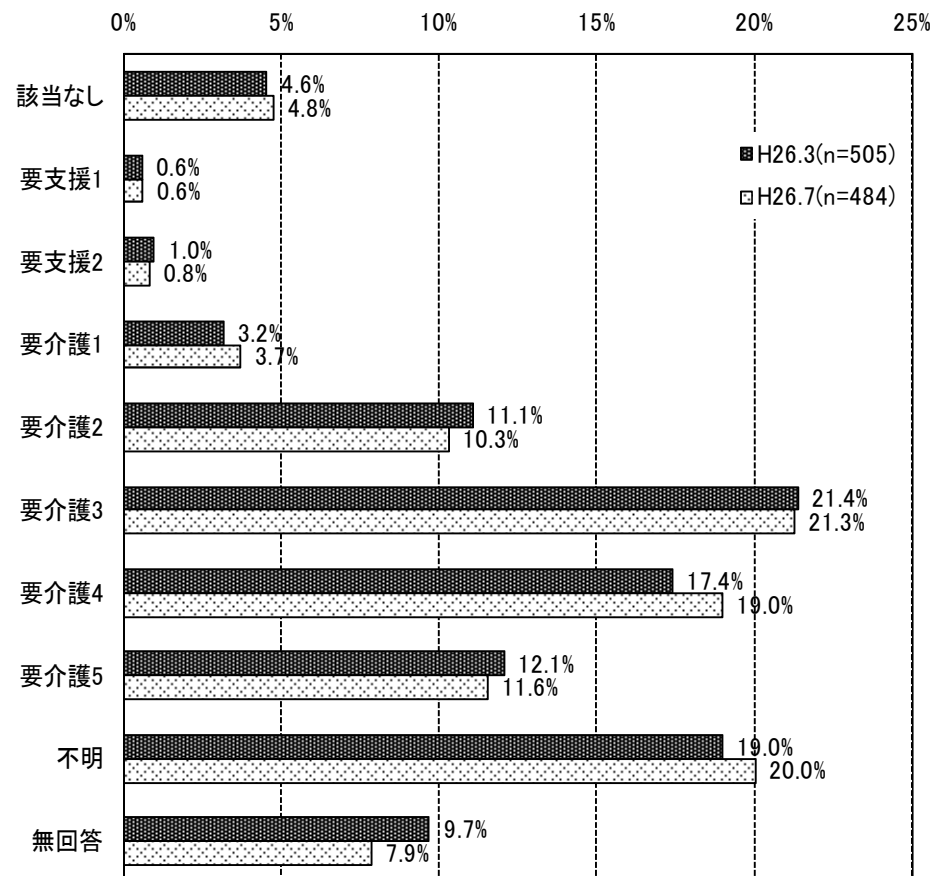
<平成26年度検証調査・歯科医療機関調査>

- 要介護度について、同一建物で1人の患者に対して歯科訪問診療を実施した場合において要介護度5の患者が多く見られた。

要介護度
同一建物で1人の患者に対して歯科訪問診療を実施した場合



要介護度
同一建物で複数の患者に対して歯科訪問診療を実施した場合

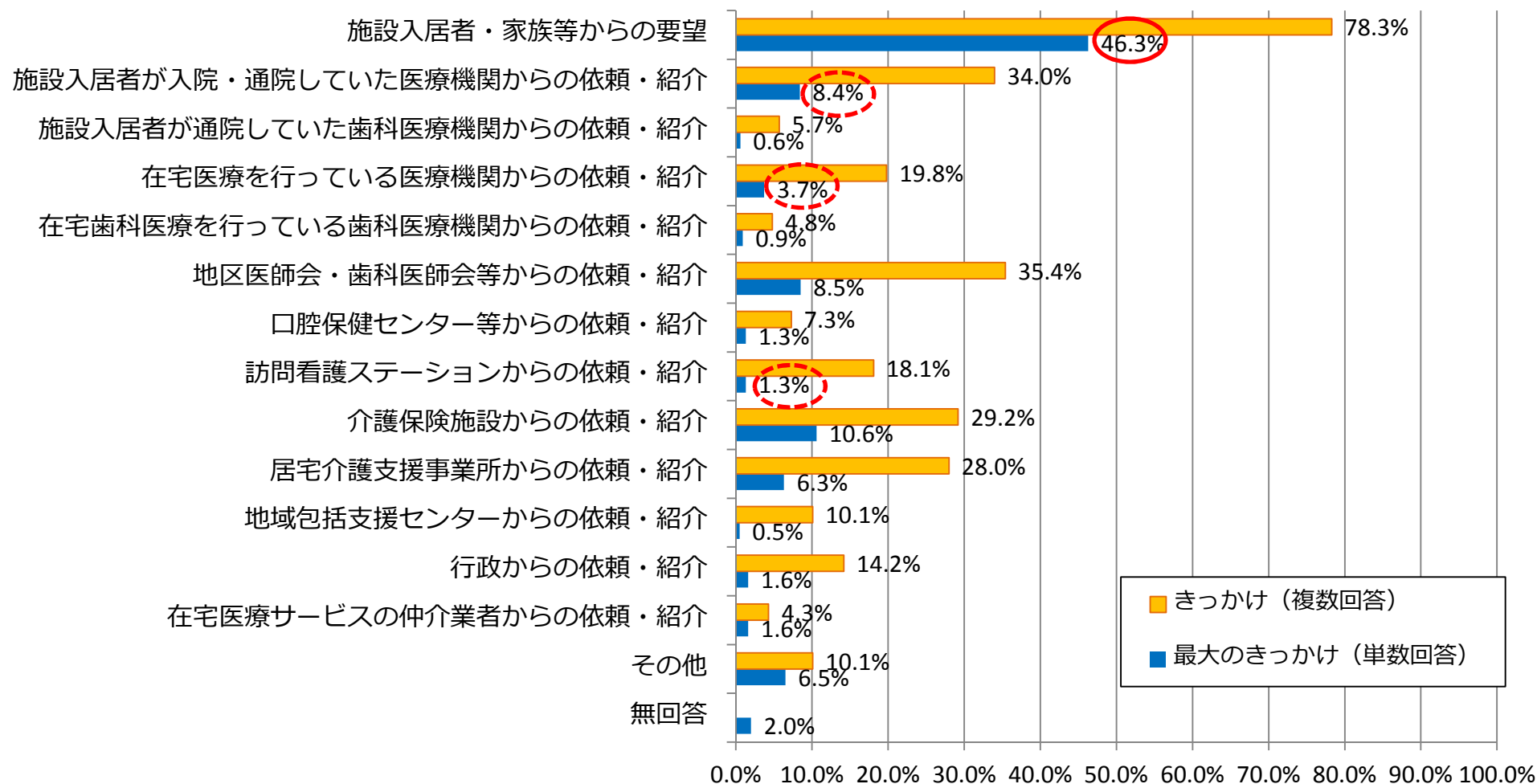


出典：「同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査」

歯科訪問診療を実施するようになったきっかけ

<平成26年度検証調査・歯科医療機関調査>

- 歯科医療機関が歯科訪問診療を実施するきっかけとして最も多いものは「施設入居者・家族等からの要望（46.3%）」であった。
- 一方で、医療機関からの紹介や訪問看護ステーションからの紹介は少ない。



出典：「同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査」

4. 在宅医療の提供体制・提供状況について

4－1. 訪問診療について

4－2. 在宅歯科診療について

4－3. 在宅薬剤管理について

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進①(26年度診療報酬改定)

在宅療養を支援する薬局における基準調剤加算の見直し

在宅業務に対応している薬局を評価し、地域の薬局との連携を図りつつ、24時間調剤及び在宅業務を提供できる体制等を考慮して、基準調剤加算の算定要件を見直す。

現行	
基準調剤加算1	10点
基準調剤加算2	30点



改定後	
基準調剤加算1(近隣の薬局と連携して24時間調剤等の体制を整備等)	12点
基準調剤加算2(自局単独で24時間調剤等の体制整備、在宅実績の要件化等)	36点

在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直しによる適正化

在宅医療を担う保険薬局を確保し、質の高い在宅医療を提供するため、**保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定する**ことを要件とし、在宅患者訪問薬剤管理指導の同一建物居住者以外の評価を引き上げ、同一建物居住者の評価を引き下げる。

現行	
在宅患者訪問薬剤管理指導料	
同一建物居住者以外の場合	500点
同一建物居住者の場合	350点



改定後	
在宅患者訪問薬剤管理指導料	
同一建物居住者以外の場合	650点
同一建物居住者の場合	300点

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進②(26年度診療報酬改定)

無菌製剤処理加算の対象範囲の評価・見直し

無菌調剤室を借りて無菌調剤した場合の算定要件を緩和するとともに、医療用麻薬も無菌製剤処理加算の対象に含め、技術と時間を要する乳幼児用に対する評価を新設。

現行	
無菌製剤処理加算	
中心静脈栄養法用輸液	40点
抗悪性腫瘍剤	50点
—	—



改定後	
無菌製剤処理加算	乳幼児以外／ <u>(新)乳幼児</u>
中心静脈栄養法用輸液	<u>65点／130点</u>
抗悪性腫瘍剤	<u>75点／140点</u>
<u>(新)麻薬</u>	<u>65点／130点</u>

在宅医療において使用できる注射薬の拡大

電解質製剤及び注射用抗菌薬について、保険医療機関の医師が処方できる注射薬及び処方せんに基づき保険薬局で交付することができる注射薬として対象を拡大する。

在宅における特定保険医療材料・衛生材料の供給体制の整備

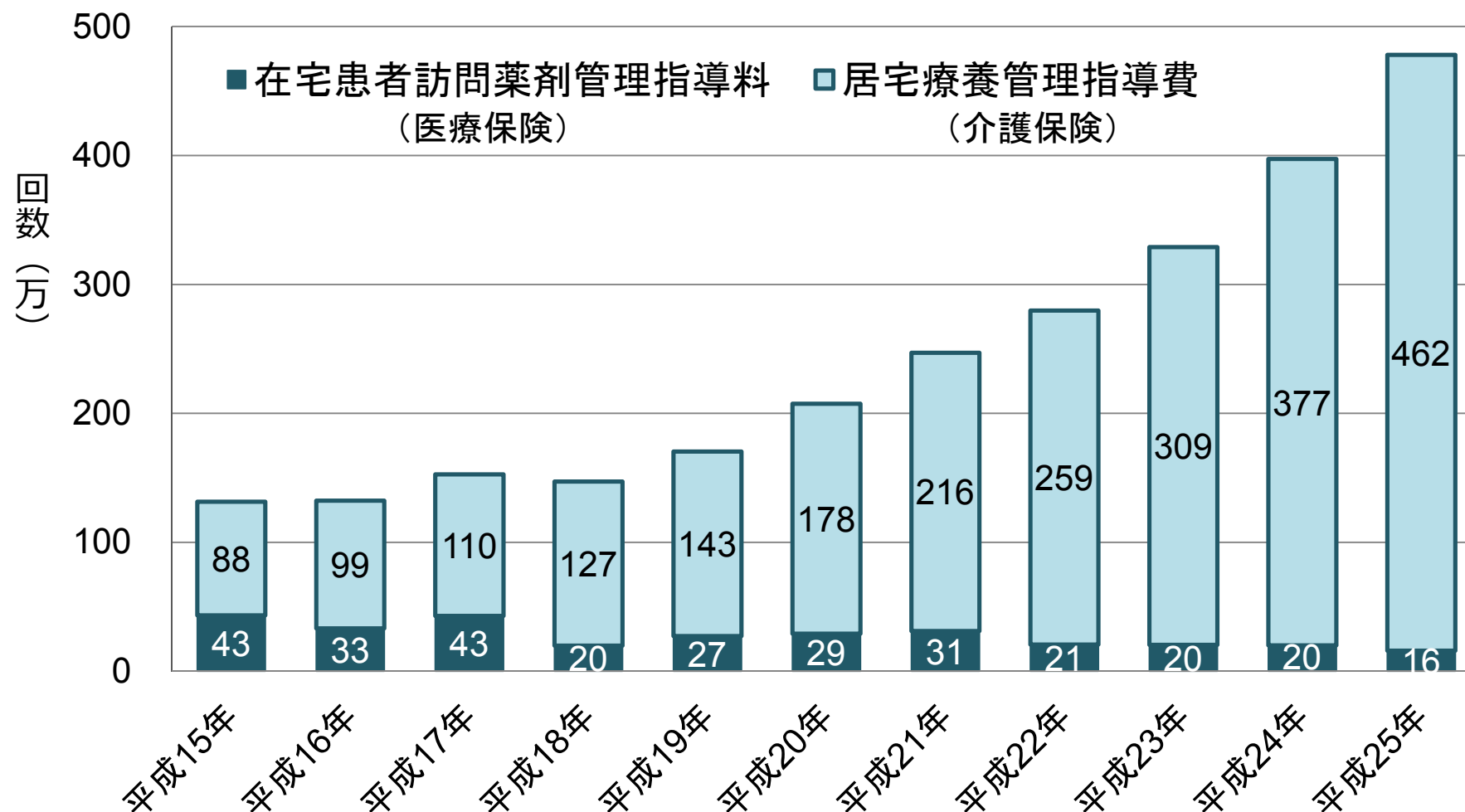
処方せんに基づき保険薬局で交付できる特定保険医療材料として、病院・診療所で支給できる在宅医療に用いる特定保険医療材料を追加する。

保険薬局※¹が、在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている患者宅に、主治医の指示に基づき必要な衛生材料等を提供する仕組みを整備する。

※¹ 基準調剤加算²又は在宅患者調剤加算の届出をしている薬局に限る

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

- 介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数が伸びており、全体として薬剤師による在宅における薬剤管理は進んでいる。



注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

出典) 社会医療診療行為別調査及び介護給付費実態調査を基に医療課で作成

在宅患者訪問薬剤管理指導(医療保険)の実施状況

- 在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している薬局では、年間算定回数が50回未満の薬局が7割を超えており、その傾向は大きな変化はない。

(単位: %)

1 薬局当たり在宅患者 訪問薬剤管理指導料の 算定回数	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度
1～10回未満	29.2	26.0	27.1	30.8	32.8	37.9	25.4
10～50回未満	41.2	43.6	44.2	44.0	42.8	42.2	53.2
50～100回未満	12.8	13.8	13.2	11.8	11.9	10.5	11.3
100～200回未満	8.1	8.4	8.0	6.9	7.0	5.6	6.5
200回以上	8.7	8.2	7.6	6.5	5.4	3.8	3.5
合計(薬局数)	100 (3,830薬局)	100 (4,051薬局)	100 (4,026薬局)	100 (3,982薬局)	100 (4,387薬局)	100 (4,763薬局)	100 (4,513薬局)

〔出典〕「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課) 特別集計

(注: H26年度は4月～9月の実績を2倍した推計値を用いている。)

薬局における薬学的管理及び指導の調査結果

- 改定前後で、在宅で薬学的管理及び指導を行った総患者数にほぼ変化はみられなかった。
- 患者1人当たりのベッドサイド業務時間についても、改定前後でほぼ変化はみられなかった。

(単位:人)

薬学的管理及び指導を行った総患者数	平成26年3月(n=564)			平成26年7月(n=564)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1) 総患者数	31.4	68.2	8.0	31.7	66.3	9.0
2) うち、医療保険の患者数	2.4	7.7	0.0	2.3	7.2	0.0
3) うち、介護保険の患者数	29.0	65.9	8.0	29.4	64.1	8.0

(単位:日)

薬学的管理及び指導を行った延べ日数	平成26年3月(n=458)			平成26年7月(n=455)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1) 延べ日数	23.3	62.2	7.0	24.1	61.1	8.0
2) うち、医療保険の延べ日数	1.2	3.6	0.0	1.2	3.2	0.0
3) うち、介護保険の延べ日数	22.0	61.3	6.0	22.9	60.1	7.0

(単位:分)

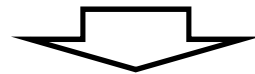
患者1人当たりベッドサイド業務時間	平成26年3月				平成26年7月			
	施設数 (件)	平均値	標準偏差	中央値	施設数 (件)	平均値	標準偏差	中央値
1) 同一建物以外	357	20.7	13.4	15.0	364	20.8	13.7	16.0
2) 同一建物	287	16.7	20.4	10.0	289	17.2	24.3	10.0

[出典]:平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成26年度調査)
「同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査結果概要(速報)」

在宅医療の課題

【課題】

- 今後も高齢者数の増加が続くことが想定され、特に都市部でその傾向は顕著である。また、医療機関で死亡する患者が多数を占めている一方で、国民の多くは治る見込みがない病気になった場合、最期を迎える場所として自宅を希望しており、在宅医療のニーズは一層高まるものと考えられる。
- 現在、在宅医療を受けている患者の要介護度や、訪問診療の必要な理由、疾患名など患者の状態は多様であり、患者によって医療の提供密度も異なっている。
- 訪問診療の提供に当たっては、医療機関が外来の傍ら訪問診療を行う形態のほか、医療機関が訪問診療を中心に行う形態もみられる。高齢者住宅に居住する高齢者の増加に伴い、同一日に同一建物でまとめて診療したり、医療機関に隣接・併設する住宅に訪問診療を行うなど、効率的な提供が可能な形態もみられる。
- 在宅医療に要する技術は多岐にわたっており、在宅医療の総合的な質を評価する目的で、看取りの件数等に着目した評価が行われてきた。
- 在宅歯科医療、在宅薬剤管理の提供量も概ね増加傾向にある。



○ 在宅医療の質と量を確保して、患者のニーズに応えることができるよう、様々な患者の状態、医療内容、住まいや、提供体制を踏まえた評価のあり方についてどう考えるか。

1. 社会保障・税一体改革と平成26年度診療報酬改定の経緯
2. 在宅医療を取り巻く現状について
3. 在宅医療に対する診療報酬上の評価
4. 在宅医療の提供体制・提供状況について
5. 訪問看護について
6. 外来応需体制の運用のあり方について

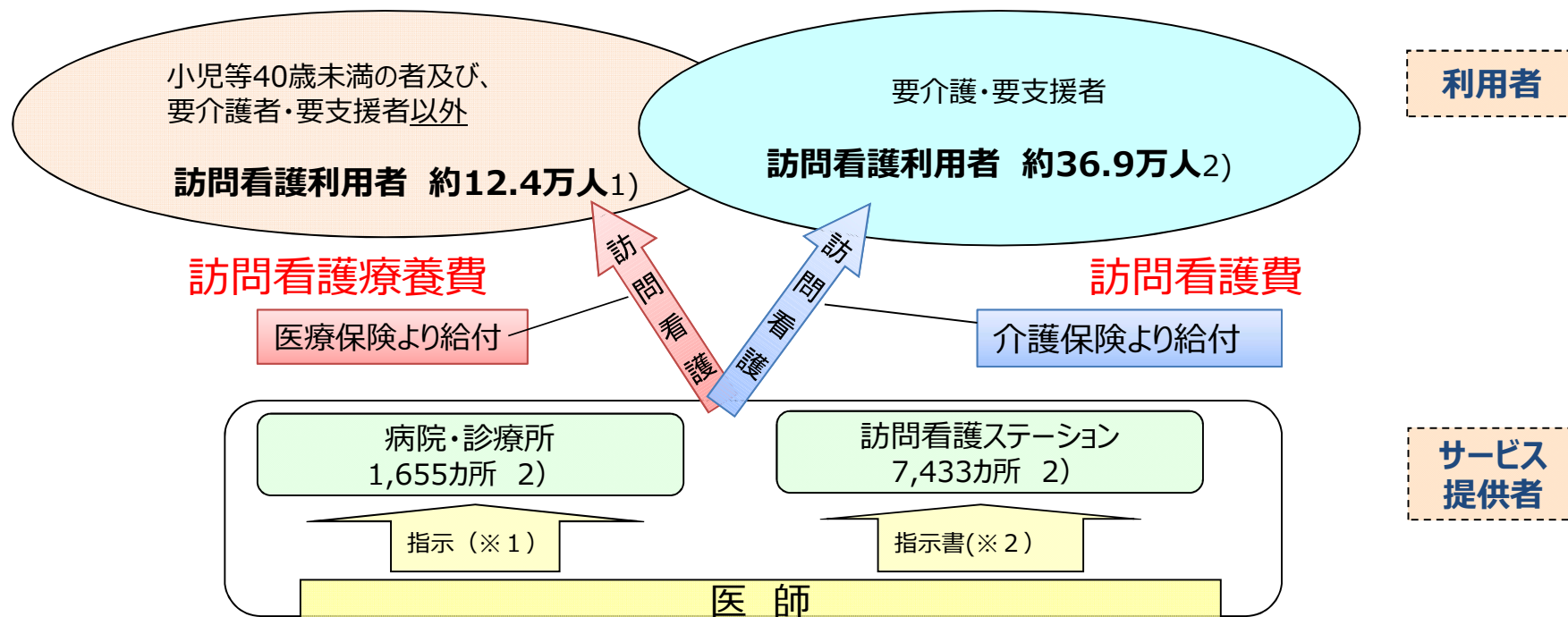
5. 訪問看護について

5－1. 訪問看護の概要

5－2. 訪問看護提供体制、提供状況

訪問看護の仕組み

- 疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



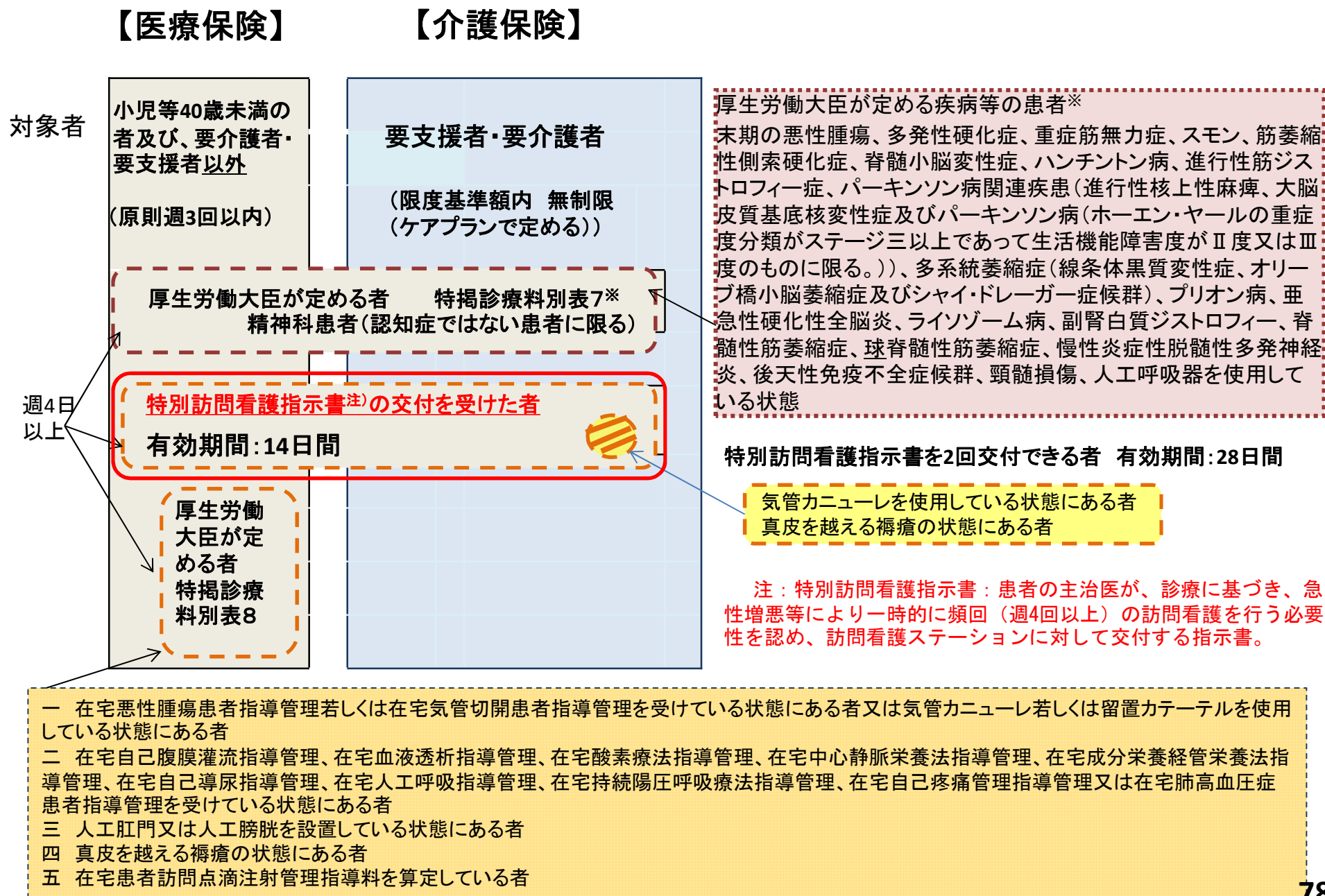
(※1) 他医療機関への指示の場合 診療情報提供料 250点（医療保険）を算定

(※2) 訪問看護指示料 300点（医療保険）を算定

出典：1) 保険局医療課調べ（平成25年6月審査分）

2) 厚生労働省「介護給付費実態調査」（平成26年9月審査分）

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ（図）

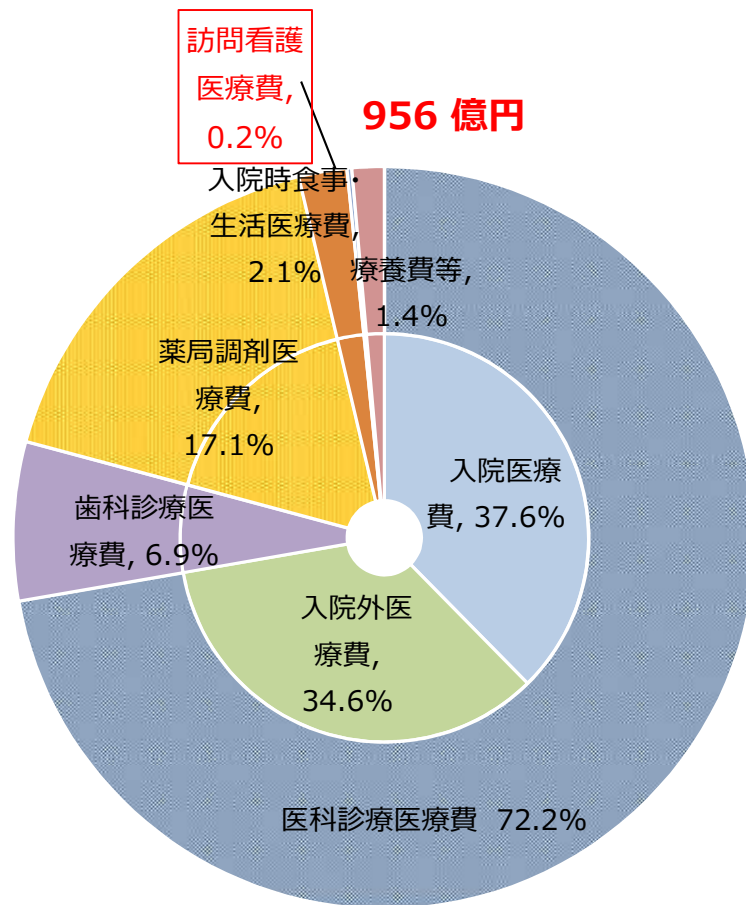


訪問看護の各報酬に占める割合

【医療保険】

診療種類別国民医療費（39兆円）構成割合（%）

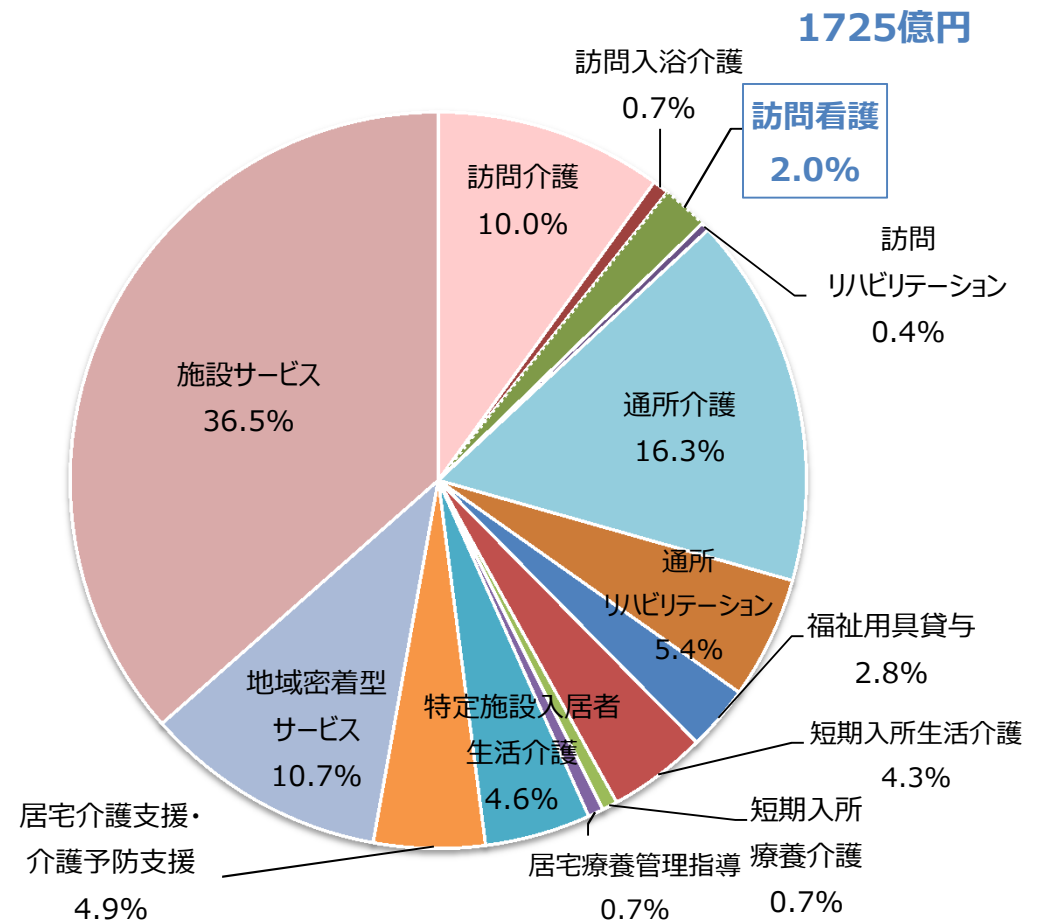
【厚生労働省「平成24年度 国民医療費の概況」】



【介護保険】

介護サービス種類別（8.5兆円）構成割合（%）

【厚生労働省「平成24年度 介護給付費実態調査」】



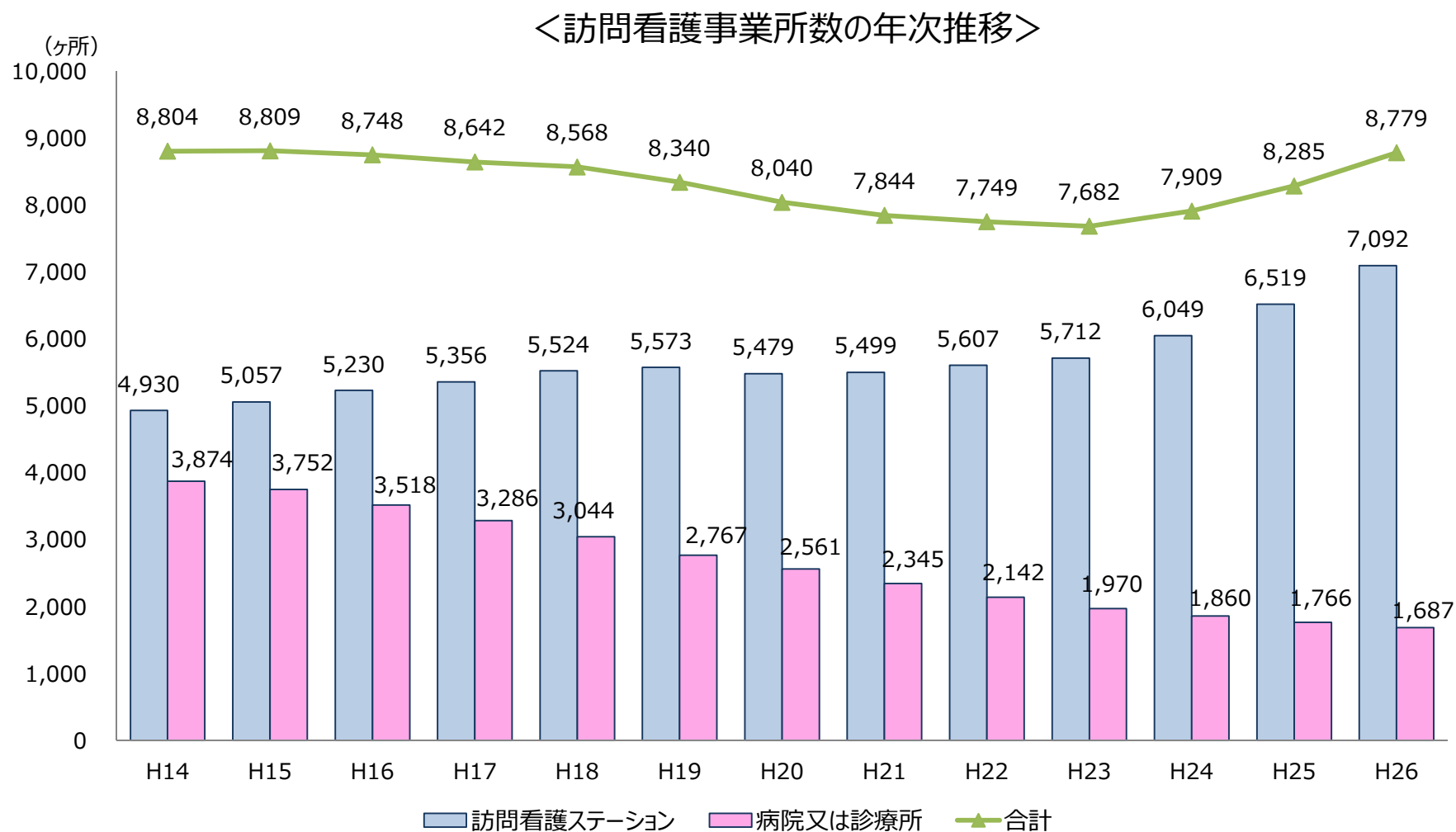
5. 訪問看護について

5－1. 訪問看護の概要

5－2. 訪問看護提供体制、提供状況

訪問看護の事業所数

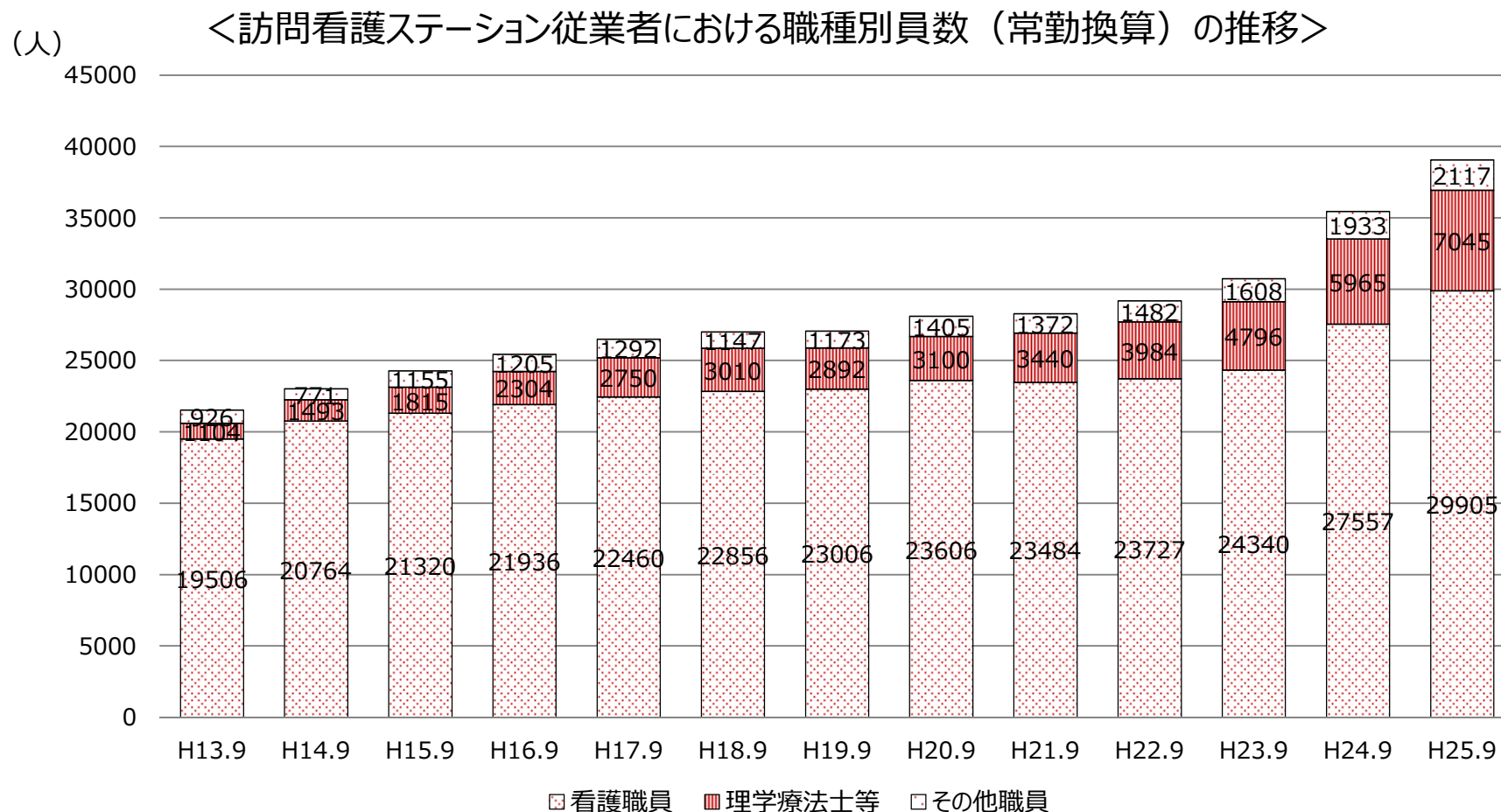
○ 訪問看護ステーション数は7,092ヶ所（平成26年4月審査分）と増加傾向にあり、全体の事業所数については近年の増加が著しい。



出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

訪問看護従事者状況 ①ステーション従事者の職種別数

○ 訪問看護ステーションの従事者数（常勤換算）は増加している。



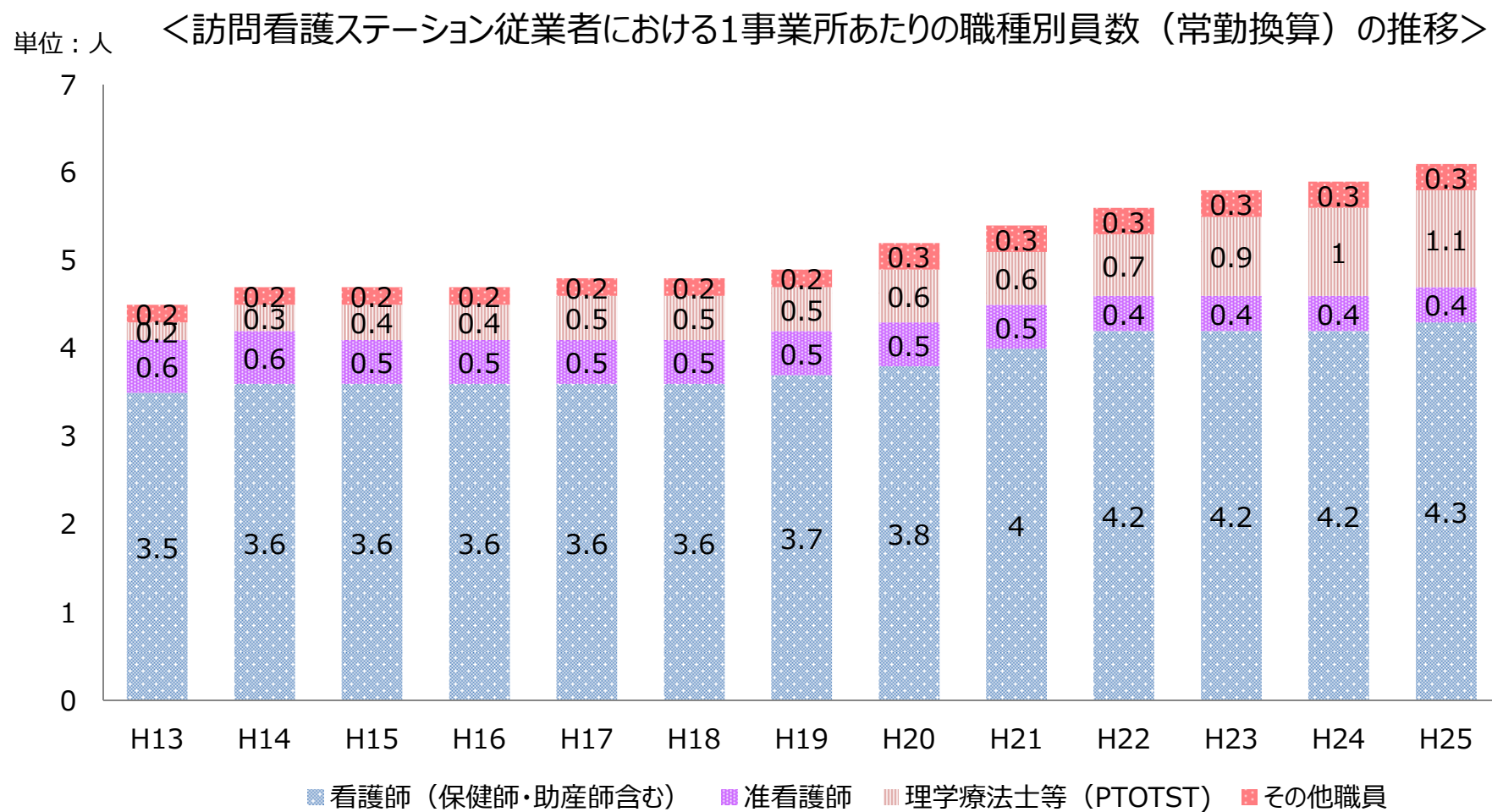
職種の内訳

- ・看護職員＝保健師、看護師、助産師、准看護師
- ・理学療法士等＝理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
- ・その他職員＝上記以外

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

訪問看護従事者状況 ②ステーション従事者の1事業所当たりの職種別数

○ 1事業所あたりの職員数は、緩やかに増加。

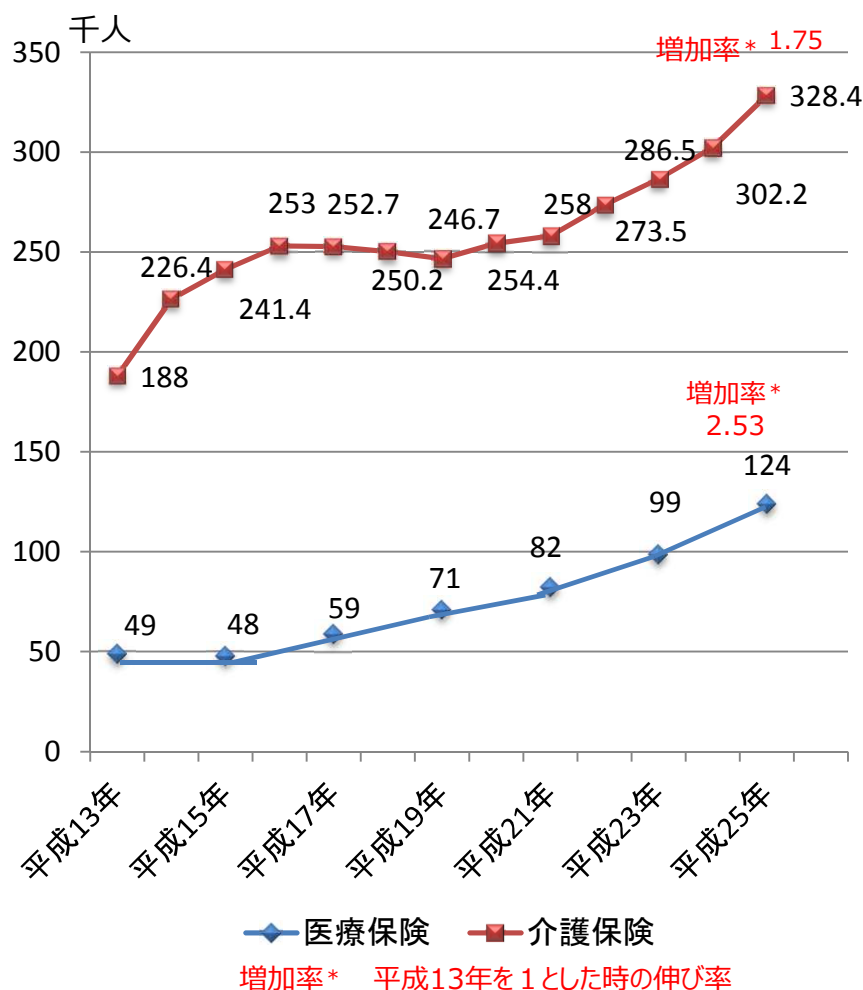


出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

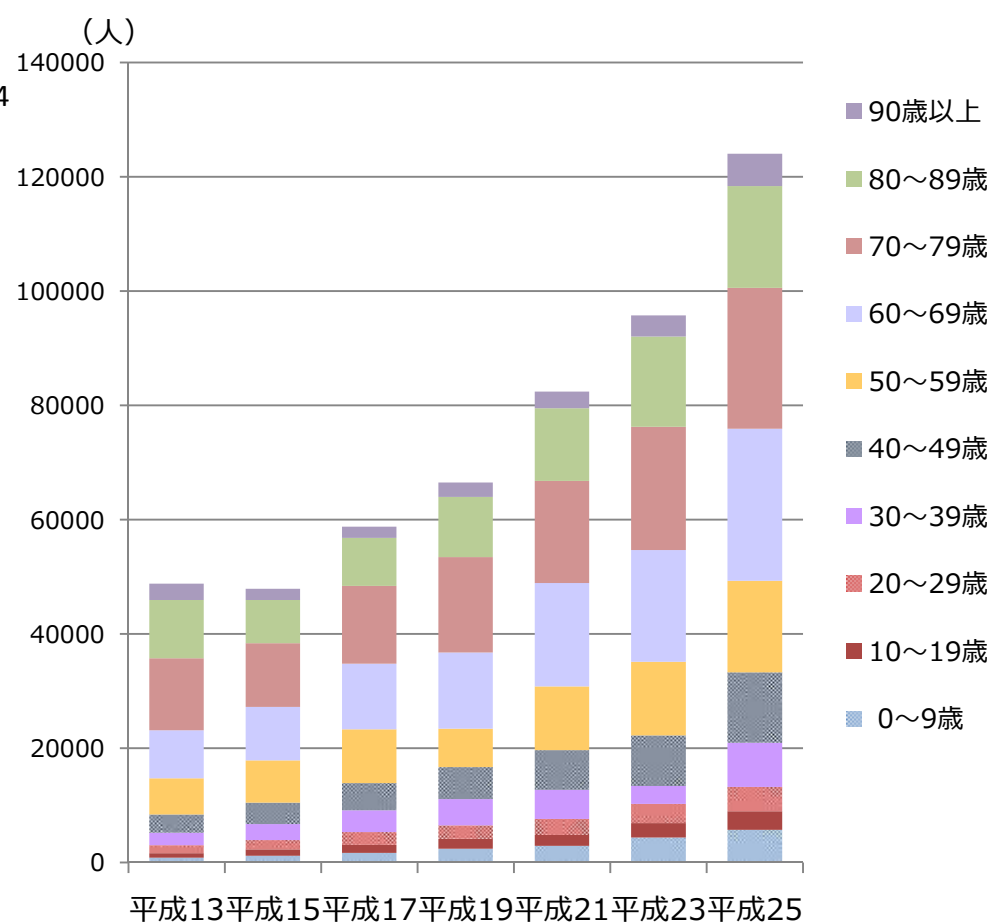
訪問看護の利用者について ①利用者数の推移

- 医療保険、介護保険ともに、訪問看護サービス利用者数は、増加している。
- 医療保険の訪問看護利用者数は、どの年齢層も増加している。

<訪問看護利用者数の推移>



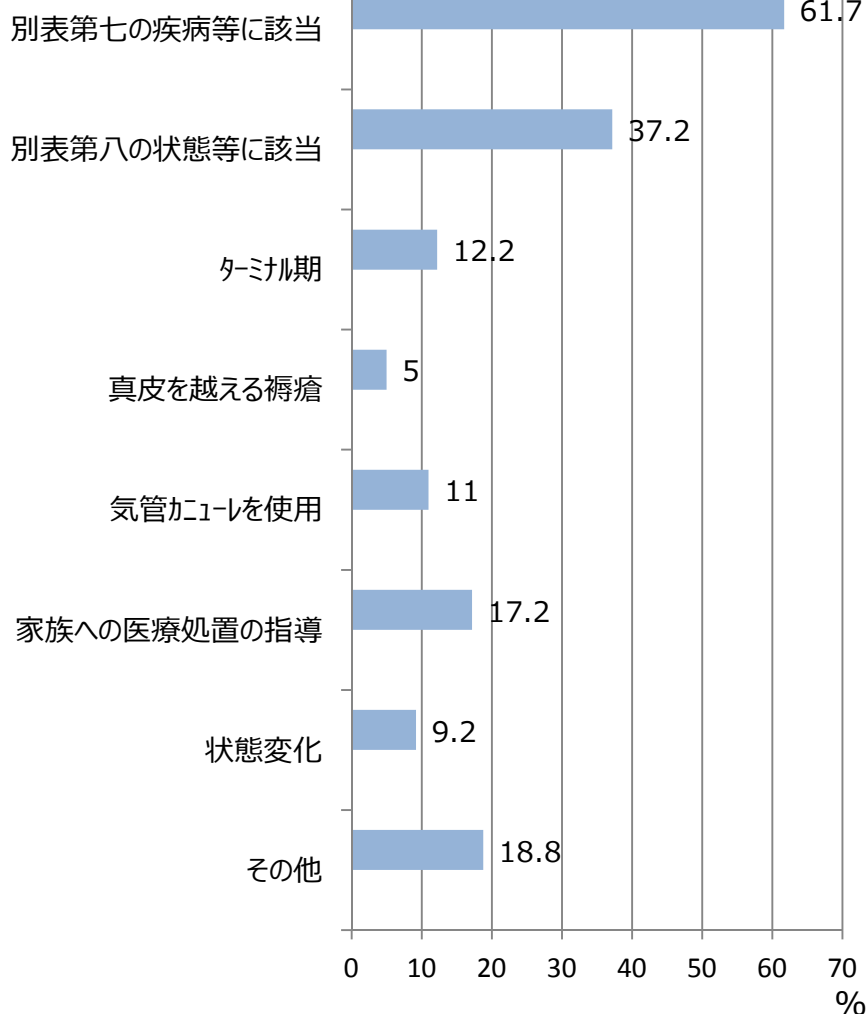
<医療保険の年齢階級別利用者数の推移>



訪問看護の利用者について ②利用者の状態

- 医療保険の訪問看護については、別表7の状態の利用者が61.7%、別表8の状態の利用者が37.2%である。

n=4981



特掲診療料別表7

厚生労働大臣が定める疾病等の患者

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）。）多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷人工呼吸器を使用している状態

特掲診療料別表8

- 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

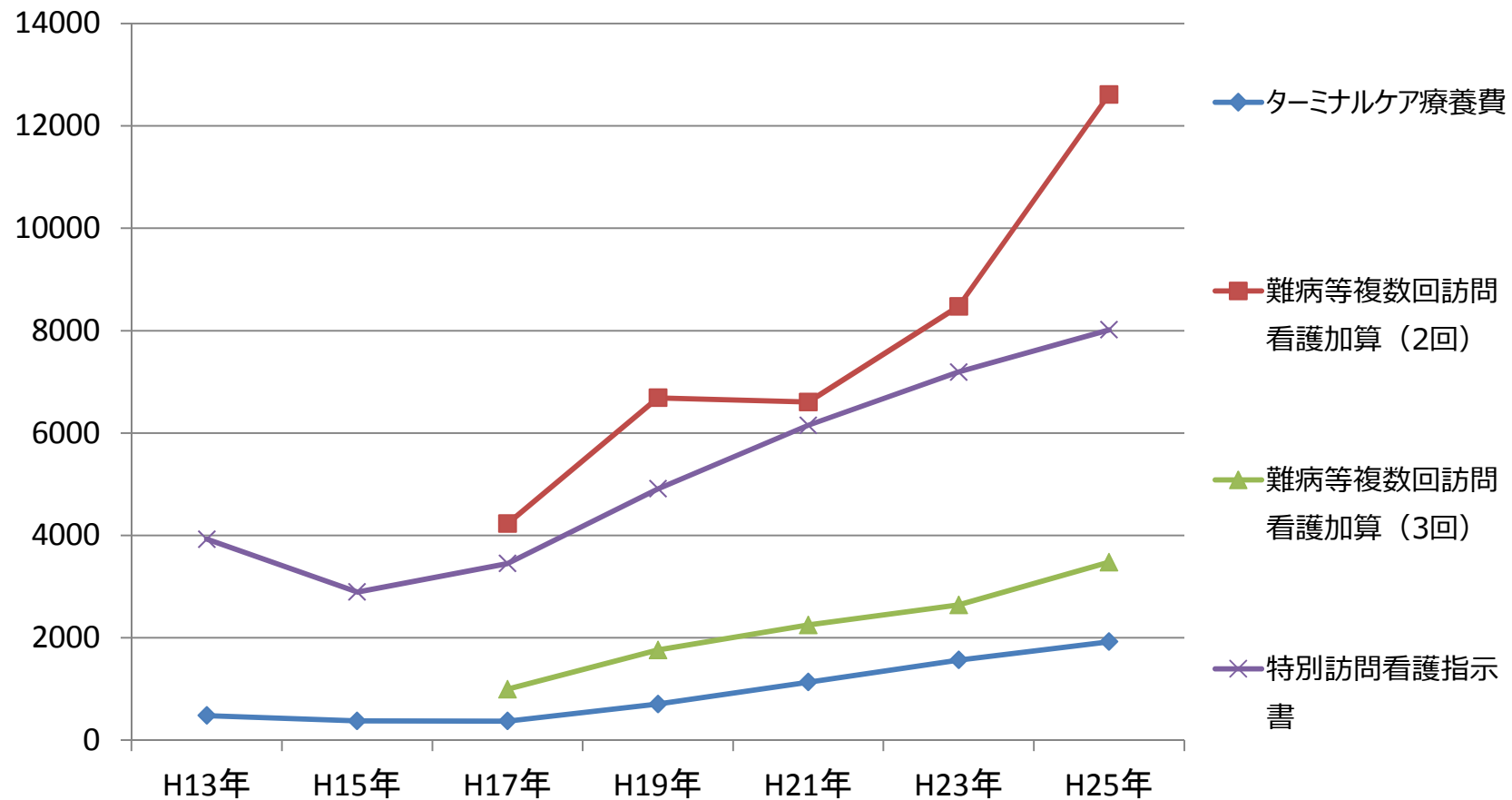
出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

訪問看護の利用者について

③ターミナル、難病に係る点数の算定状況

○ ターミナルケアや難病等により、1日に複数回の訪問看護を要する利用者が増加している。

単位：人



出典：保険局医療課調べ（平成13年のみ8月、他は各年6月審査分）

訪問看護の利用者について＜小児の状態＞

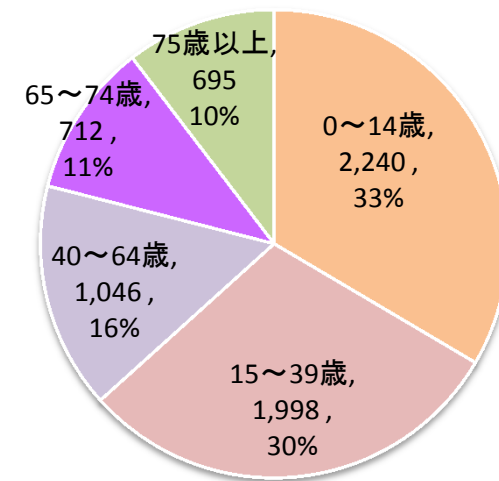
- 医療保険の訪問看護を受ける小児（0～9歳）の利用者数は増加しており、増加率※6.83である。
- 長時間訪問看護加算の算定回数は、14歳以下が約3割を占めている。

＜9歳以下の訪問看護利用者数の推移＞



出典：保険局医療課調べ（平成13年のみ8月、他は各年6月審査分）

＜H25 年齢別長時間訪問看護加算算定回数＞



長時間訪問看護加算は、基準告示第2の3に規定する長時間の訪問を要する者に対して、1回の指定訪問看護の時間が90分を超えた場合、1人の利用者に対して週1回（15歳未満の超重症児又は準超重症児においては週3回）に限り所定額に加算すること。

○厚生労働省告示第六十四号 第二の三

長時間訪問看護加算及び長時間精神科訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者

長時間の訪問看護を要する利用者であって、次のいずれかに該当するもの

(1)十五歳未満の超重症児又は準超重症児

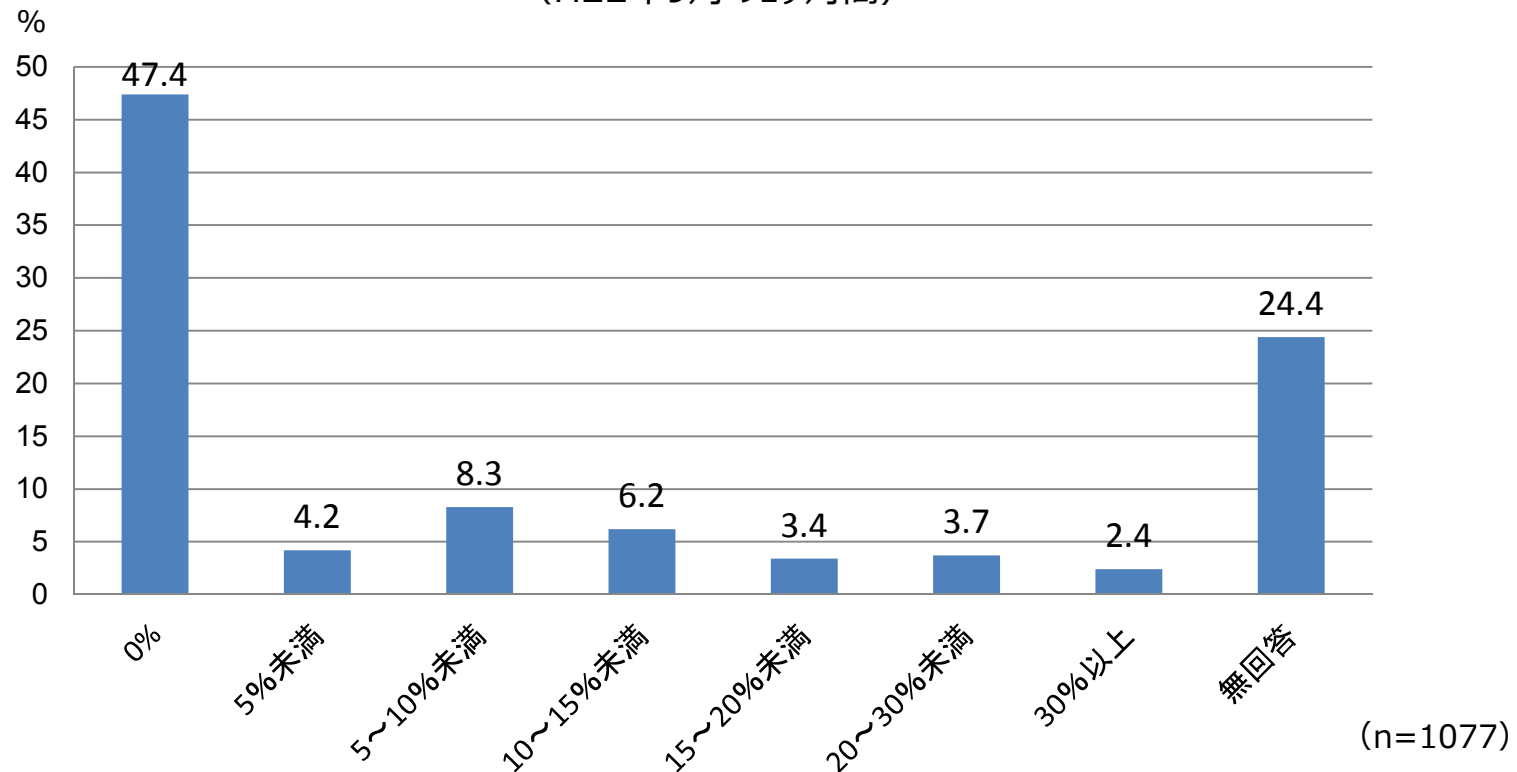
(2)特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

(3)特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

18 歳以下の利用者への訪問看護を実施している 訪問看護ステーションの概況

- 小児の訪問看護利用者数は増加傾向にあるが、0～18歳児の訪問看護を実施している訪問看護ステーションは多くない。

＜18歳以下の利用者への訪問看護の実施割合＞
(H22年9月の1ヶ月間)



出典：医療ニーズの高い障害者等への支援策に関する調査報告書
(平成23年 社団法人全国訪問看護事業協会)

小児等在宅医療連携拠点事業

平成26年度 151百万円

■背景・課題

- 新生児集中治療管理室(NICU)等から退院し重度の医療的ケアを要する小児等の在宅医療については特有の課題に対応する体制整備が必要

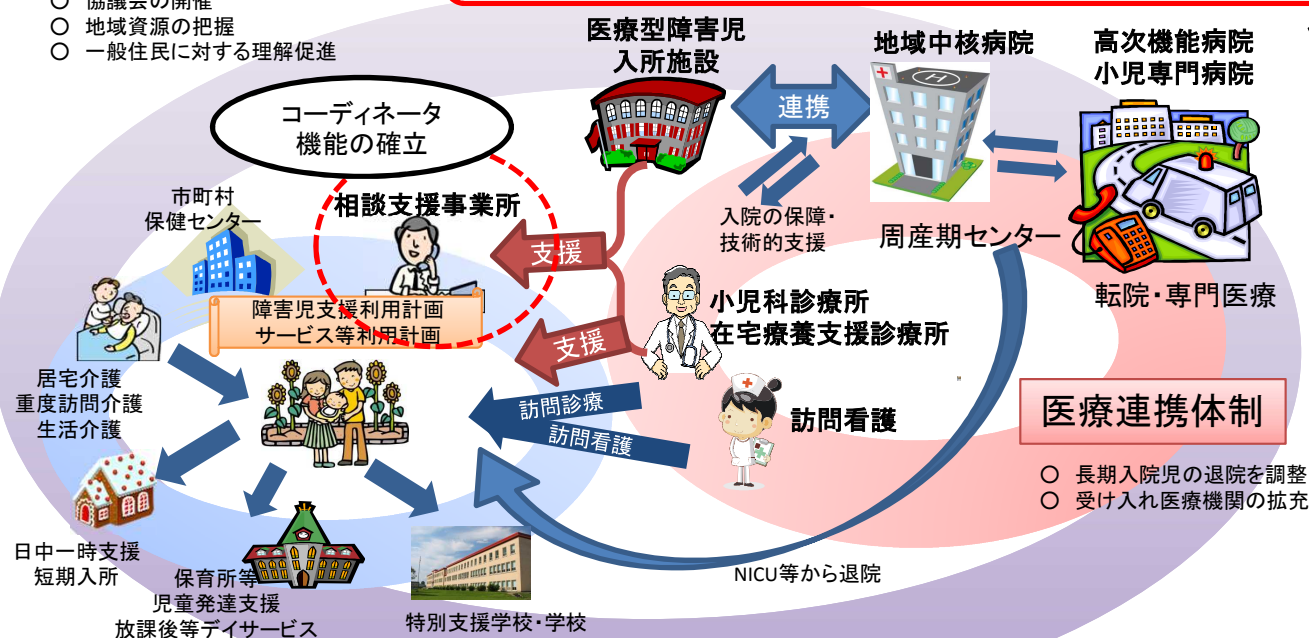
■本事業の目的・概要

- 小児等在宅医療を担う医療機関を拡充（診療所、訪問看護、医療型短期入所施設など）
- 地域における医療・福祉・教育の連携体制の構築
- 医療と連携した福祉サービスを提供できるコーディネータ機能の確立

都道府県による支援

- 協議会の開催
- 地域資源の把握
- 一般住民に対する理解促進

拠点のイメージ：高次機能病院、在宅療養支援診療所、医療型障害児入所施設など



地域における包括的かつ継続的な在宅医療を提供するための体制を構築する。

- ① 二次医療圏や市町村等の行政・医療・福祉関係者等による協議を定期的開催
- ② 地域の医療・福祉・教育資源の把握・活用
- ③ 受入が可能な医療機関・訪問看護事業所数の拡大、専門機関とのネットワークを構築
- ④ 福祉・教育・行政関係者に対する研修会の開催やアウトリーチによる医療と福祉等の連携の促進
- ⑤ 個々のニーズに応じた支援を実施するコーディネータ機能の確立
- ⑥ 患者・家族や一般住民に対する理解促進の取り組み

地域の福祉・教育機関との連携

- 市町村自立支援協議会などでの医療と福祉との顔の見える関係
- 福祉・教育・行政職員に対する研修、アウトリーチ

※ 群馬県・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県・長野県・三重県・福岡県・長崎県の9都県で実施

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療

機能強化型訪問看護ステーションの評価

➤ 在宅医療を推進するために機能の高い訪問看護ステーションの評価を行う。

改定前
1 月の初日の訪問の場合
7,300円
2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)
2,950円



改定後
1 月の初日の訪問の場合
(新) <u>イ 機能強化型訪問看護管理療養費1</u> <u>12,400円</u>
(新) <u>ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2</u> <u>9,400円</u>
(改) イ又はロ以外の場合 <u>7,400円</u>
2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)
(改) <u>2,980円</u>

[算定要件]

機能強化型訪問看護管理療養費1

- ① 常勤看護職員 **7人以上** (サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に **合計20回以上**。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が **月に10人以上**。
- ⑤ 指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画 又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画 又は介護予防サービス計画を作成していること。
- ⑥ 休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと。
- ⑦ 地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。

機能強化型訪問看護管理療養費2

- ① 常勤看護職員 **5人以上** (サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に **合計15回以上**。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が **月に7人以上**。
- ⑤ 上記の⑤、⑥、⑦を満たすものであること。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療

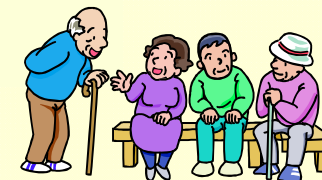
機能強化型訪問看護ステーションの評価

- 在宅医療を推進するため、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置等、機能の高い訪問看護ステーションを評価する。



※特掲診療料の施設基準等・別表第7に掲げる疾病等

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージⅢ以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頭髄損傷、人工呼吸器を使用している状態

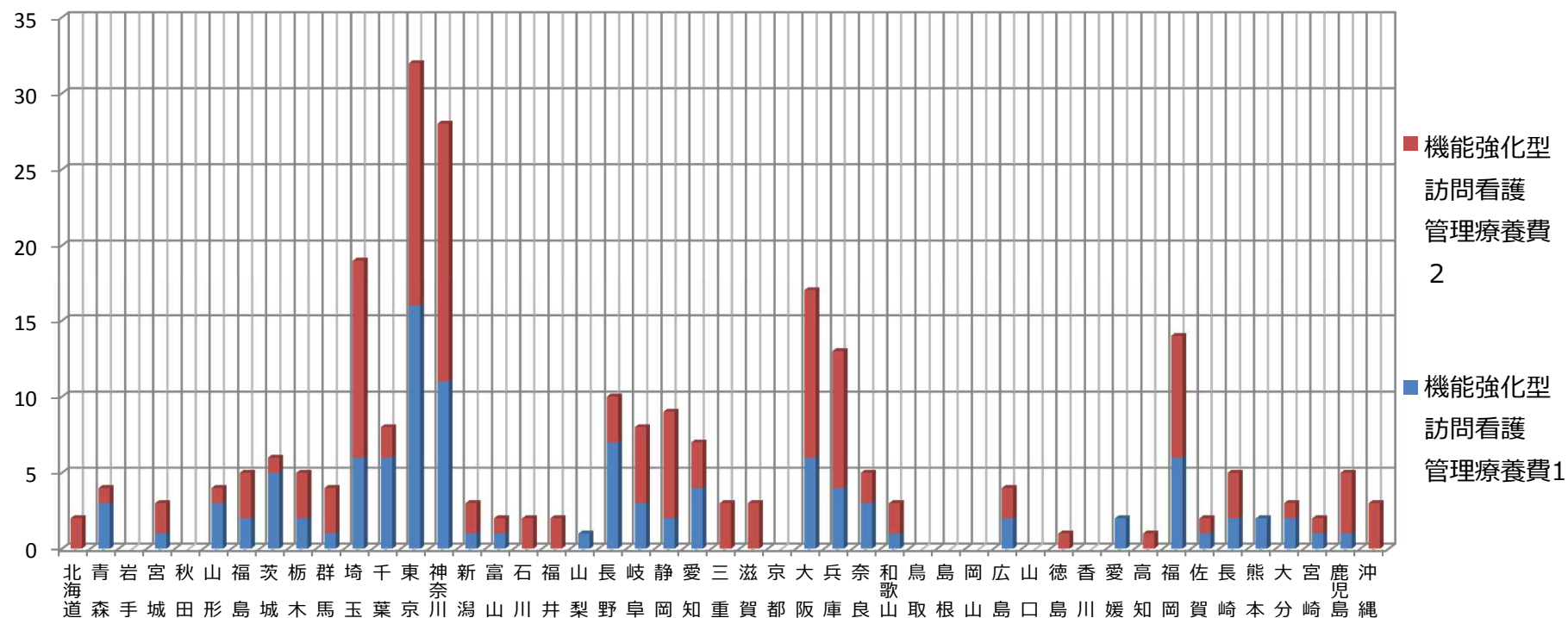


機能強化型訪問看護の届出状況

- 平成26年4月以降に機能強化型のステーションとして新たに届出があったのは、252事業所であり、1より2の届出が多い。
- 都市部では多いが、届出がない県が8県あり、地域差がみられる。

機能強化型訪問看護管理療養費の届出受理件数

機能強化型訪問看護 管理療養費 1	機能強化型訪問看護 管理療養費 2	計
108	144	252



出典：保険局医療課調べ（平成26年12月末時点）

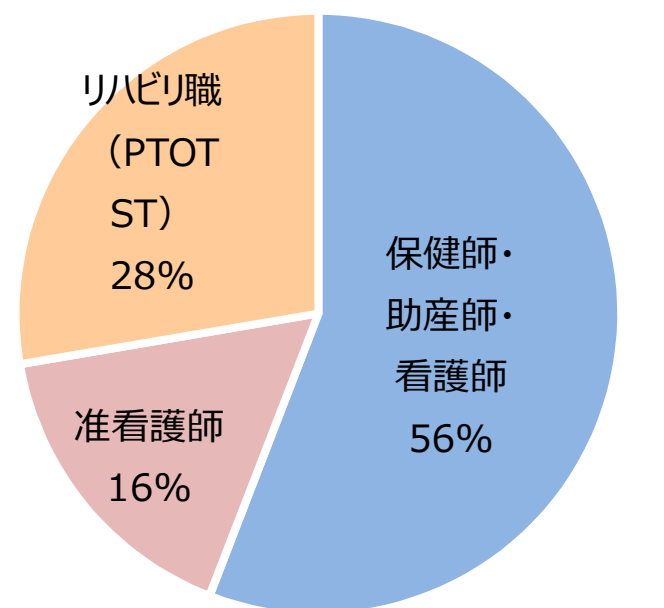
機能強化型の訪問看護ステーションにおける職種別の職員数

- 機能強化型における職員数には、ばらつきが大きい。
- 職種別にみると、看護職員が約7割、リハビリ職が約3割である。

< 1 事業所当たりの職種別職員数 >

	平均値	最大値	最小値
全職種総数	11.2	49	5
保健師、助産師、 看護師	7.3	19	2
准看護師	0.3	9	0
リハビリ職 (PTOTST)	3.6	40	0

< 常勤職員の職種別割合 >



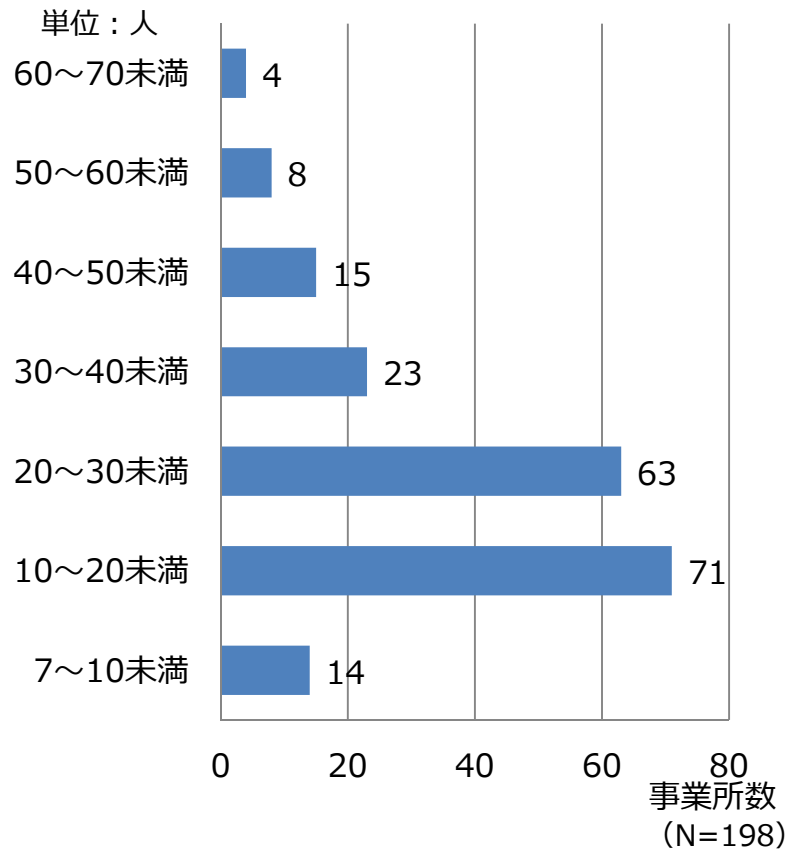
(n=199)

出典：保険局医療課調べ 暫定値（平成26年7月時点）

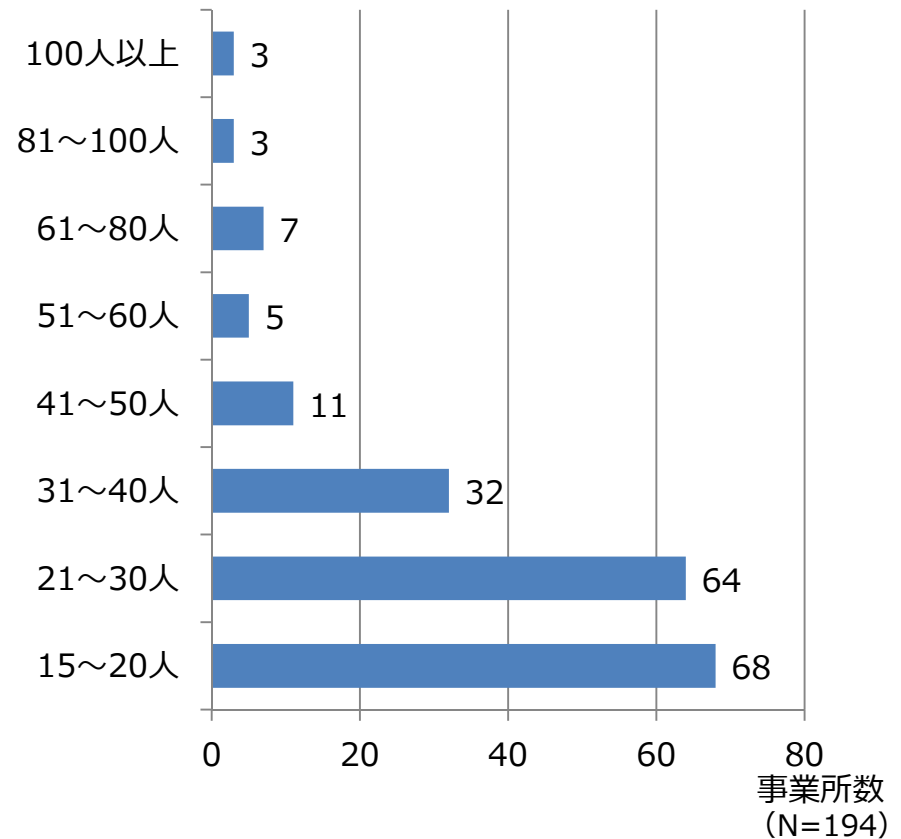
機能強化型の訪問看護ステーションにおける実績

- 別表7については、10～20人未満の実績が最も多く、看取りケアについては、年間15～20人の実績が最も多い。

別表7の利用者の実績(1ヶ月間)



看取りケアの実績 (1年間)

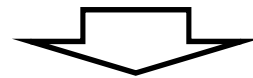


出典：保険局医療課調べ 暫定値（平成26年7月時点）

訪問看護の課題

【課題】

- 訪問看護の利用者数は年々増加しており、看護サービスを提供する事業所数、職員数も増加傾向にある。
- 重症度が高く、医療的ケアの必要な利用者が増加している。また、小児に対する訪問看護については、0～9歳の利用者数の増加は全体と比べても顕著だが、小児への訪問看護を実施している訪問看護ステーションは多くない。
- 平成26年度改定では、機能強化型の訪問看護ステーションとして、1事業所あたりの人員体制や、重症者の受け入れ、ターミナルケアの実績等に基づく評価を行い、機能の高い訪問看護ステーションの普及を図ってきたところである。



○訪問看護について、重症者等の受け入れ体制の整備や、ターミナルケア等の更なる推進のために、看護の質の評価のあり方や、提供体制についてどう考えるか。

1. 社会保障・税一体改革と平成26年度診療報酬改定の経緯
2. 在宅医療を取り巻く現状について
3. 在宅医療に対する診療報酬上の評価
4. 在宅医療の提供体制・提供状況について
5. 訪問看護について
6. 外来応需体制の運用のあり方について

在宅医療を専門に行う保険医療機関について

中医協 総－3
25.10.30

1. 在宅医療を専門に行う保険医療機関を認めていない趣旨

- 健康保険法第63条第3項において、療養の給付を受けようとする者は、保険医療機関等のうち、自己の選定するものから受けるものとする（いわゆるフリーアクセス）とされている。
- この前提として、被保険者が保険医療機関を選定して療養の給付を受けることができる環境にあることが重要であり、健康保険法の趣旨から、保険医療機関は全ての被保険者に対して療養の給付を行う開放性を有することが必要であるとして、「外来応需の体制を有していること」を保険医療機関に求める解釈上の運用をしている。（法令上、明確に規定された要件ではない）
- なお、在宅医療を専門に行う保険医療機関を認めた場合は、当該地域の患者の受診の選択肢が少なくなるおそれ、当該保険医療機関の患者が急変時に適切な受診ができないおそれ等が考えられる。

2. 外来応需の体制確保の指導

- 厚生局における保険医療機関の指定申請の受付の際などに、必要な場合は、健康保険法の趣旨から、外来応需の体制を確保するよう指導を行っており、在宅医療を専門に行う保険医療機関は認めていない。
- しかし、全国一律の運用基準や指針などはなく、厚生局によって、指導内容や方法等に違いがあるとの指摘がある。

<参考>

○健康保険法

第63条 被保険者の疾病又は負傷に関しては、次に掲げる療養の給付を行う。

一～五（略）

2（略）

3 第一項の給付を受けようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる病院若しくは診療所又は薬局のうち、自己の選定するものから受けるものとする。

一 厚生労働大臣の指定を受けた病院若しくは診療所（第六十五条の規定により病床の全部又は一部を除いて指定を受けたときは、その除外された病床を除く。以下「保険医療機関」という。）又は薬局（以下「保険薬局」という。）

二・三（略）

○「被災地の医療機関等に対する診療報酬上の緩和措置について」（平成23年9月7日 中医協 総－8）

・周囲に入院医療機関が不足している等、やむを得ない場合には、当該医療機関において外来を開かず、在宅医療のみを行う場合であっても保険医療機関として認めることとする。〔現在は、福島県内のみ利用可能〕

第253回中央社会保険医療協議会（H25.10.30）における主なご意見

<在宅医療専門の医療機関には問題があるとの意見>

- 互いに顔が見えて気心の知れた、かかりつけ医の機能の延長としての在宅医療が望ましい。かかりつけ医が在宅医療を担うのが一番よく、在宅医療を主とした医療機関でも、外来のノウハウを持つべき。
- 在宅専門医療機関の一部は、いわゆるサクランボ摘みのところがある。つまり軽症者をたくさん集めて、掛け合わせれば大きな利益が得られる。でも、重症者にはなかなか対応してくれないことがある。

<在宅医療の供給体制を確保することを優先すべきとの意見>

- 現実には、診療所の少数の医師が24時間在宅での対応をするのは医師の負担が大きすぎる。訪問診療の提供には、いろいろな形態があってよい。
- 在宅医に外来を求めることで、在宅医療全体のキャパシティが減ってしまう。在宅医療のニーズは増えるが、供給体制が十分に賄えないので、当面は今のまま進んでよい。

<主治医・かかりつけ医の機能の充実を図るべきとの意見>

- 在宅医療、訪問医療を含めて、主治医、かかりつけ医機能をどうやって充実させていくかというふうに議論を集中させたほうが、得策ではないか。
- 在宅医療が、今のかかりつけ医・主治医の機能とどのように連携するべきかを考える必要がある。在宅医療専門機関とかかりつけ医・主治医機能を別々のものとして考える必要はない。

規制改革実施計画(抄)

平成26年6月24日閣議決定

Ⅱ 分野別措置事項

1 健康・医療分野

(2) 個別措置事項

No	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管省庁
43	在宅診療を主として行う診療所の開設要件の明確化	在宅診療を主として行う保険医療機関に対し、外来応需体制を求める運用の在り方を検討し、結論を得た上で、必要な措置をとる。 (以下略)	平成26年度検討・結論、結論を得次第措置	厚生労働省

外来応需体制の運用のあり方について

【課題】

- 健康保険法の趣旨から、保険医療機関は全ての被保険者に対して療養の給付を行う開放性を有することが必要であるとして、「外来応需の体制を有していること」を保険医療機関に求める解釈上の運用をしている。
- 法令上明確に規定された要件ではなく、要件が客観的でないことなどから、地域によって指導内容や方法等に違いがあるとの指摘がある。また、規制改革実施計画において、外来応需体制を求める運用の在り方を検討し、結論を得ることとされている。
- 在宅医療を専門に行う医療機関については、軽症者を集めて診療するなどの弊害が生じやすいとの意見や、24時間体制など在宅医療の供給体制確保を優先すべきといった意見がある。



- 外来応需体制のあり方については、健康保険法第63条第3項に基づく開放性の観点からは、提供範囲内の被保険者の求めに応じて、医学的に必要な場合の往診や、訪問診療に関する相談に応需することなど、客観的な要件を示すことを検討してはどうか。
- 在宅医療の質と供給体制確保を図るため、在宅医療に対する評価については、在宅医療の専門性に対する評価や、在宅医療を中心に提供する医療機関が軽症者を集めて診療するなどの弊害が生じないような評価のあり方を含め、更に議論を進めるべきではないか。