

在宅医療（その2）

平成29年4月12日

在宅医療（訪問診療）に関する主な視点（案）①

1. 在宅医療提供体制の確保

安心して身近な地域において療養できる地域包括ケアシステムの構築推進

（1）地域の実情を踏まえた提供体制の確保

- ・在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）の整備
- ・在支診・在支病以外の医療機関による訪問診療の提供
- ・在宅療養後方支援病院との協力体制
- ・在宅医療を専門に行う医療機関の取扱い

（2）救急応需体制の確保

- ・連携による救急応需体制の構築
- ・訪問看護ステーション等との連携

本日主に取り上げる
内容

（3）介護サービスとの連携

- ・介護支援専門員等との適時適切な情報提供・情報共有
- ・訪問看護ステーション、訪問介護事業所等との連携

次回以降に取り上げる
内容

2. 看取りを含めた在宅医療の充実

多様化する療養に関するニーズへの対応や看取りを支える在宅医療の推進

(1) 患者の状態・特性に応じた在宅医療の推進

- ・複数の疾病を有する患者の総合的な医学管理
（在宅時医学総合管理料（在総管）、施設入居時等医学総合管理料（施設総管）による評価）
- ・異なる診療科の複数の医師が連携した訪問診療

(2) 多様な住まい方に応じた在宅医療の推進

- ・施設入居時等医学総合管理料の取扱い
- ・多様な居住形態への対応

本日主に取り上げる
内容

(3) 在宅における看取りの推進

- ・末期の悪性腫瘍患者の在宅における緩和ケア
- ・末期の悪性腫瘍患者以外の患者の看取り期のケア
- ・病院・有床診療所等との協力体制

次回以降に取り
上げる内容

本日の内容

1. 在宅医療に係るニーズの特徴
 - － 人生の最終段階における医療に関する国民の意識
 - － 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン
2. 在宅医療（訪問診療）を担う医療機関
 - － 医療機関の体制
 - － 緊急時の対応
 - － 診療科
 - － 在宅患者の割合
3. 在宅医療を必要とする患者とその内容
 - － 疾患、状態
 - － 診療内容
 - － 居住場所
4. 取組事例

本日の内容

1. 在宅医療に係るニーズの特徴

- － 人生の最終段階における医療に関する国民の意識
- － 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン

2. 在宅医療（訪問診療）を担う医療機関

- － 医療機関の体制
- － 緊急時の対応
- － 診療科
- － 在宅患者の割合

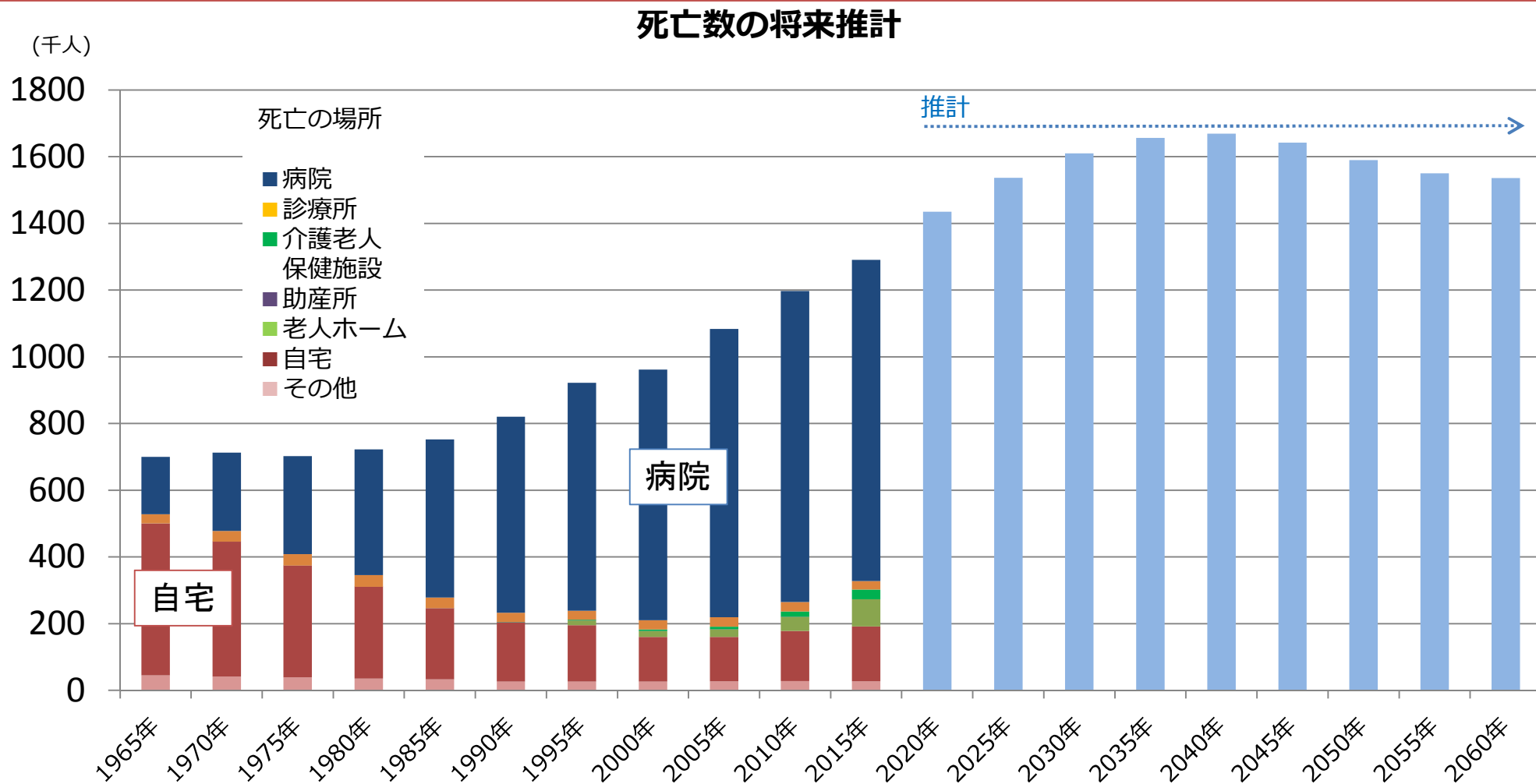
3. 在宅医療を必要とする患者とその内容

- － 疾患、状態
- － 診療内容
- － 居住場所

4. 取組事例

死亡数の将来推計

- 年間の死亡数は今後も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年と現状（2015年）では約36万人/年増加すると推計されている。
- 近年、医療機関以外の場所における死亡が微増傾向にある。



※注：1990年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他のに含まれる。

出典：2015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）

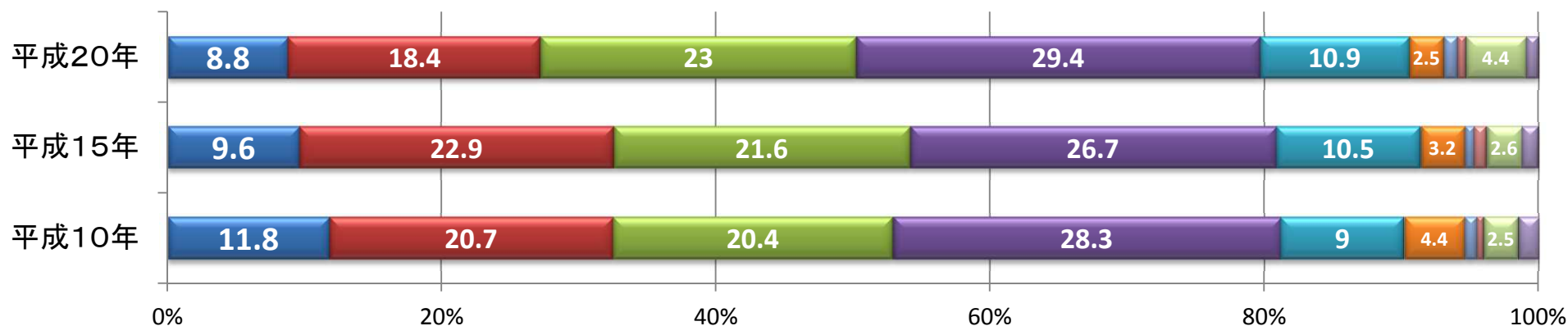
2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

国民の意識① 終末期の療養場所について

意見交換 資料－2 参考 1
2 9 . 3 . 2 2 改

- 終末期の療養場所について、「自宅で最期まで療養したい」との回答は約 1 割で、「自宅で療養して必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」を加えた何らかの形で自宅での療養の希望は約 6 割。
- 一方で、医療機関等との組み合わせも含めて、希望は様々である。

■終末期の療養場所に関する希望



- なるべく今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で最期まで療養したい
- 老人ホームに入所したい
- 分からない

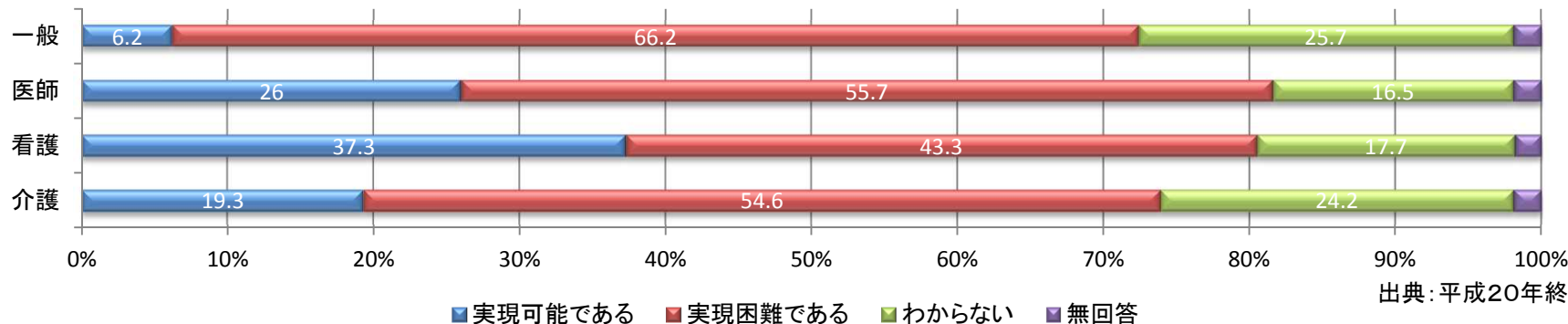
- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療が受けたい
- その他
- 無回答

国民の意識② 終末期医療に関する調査の概要

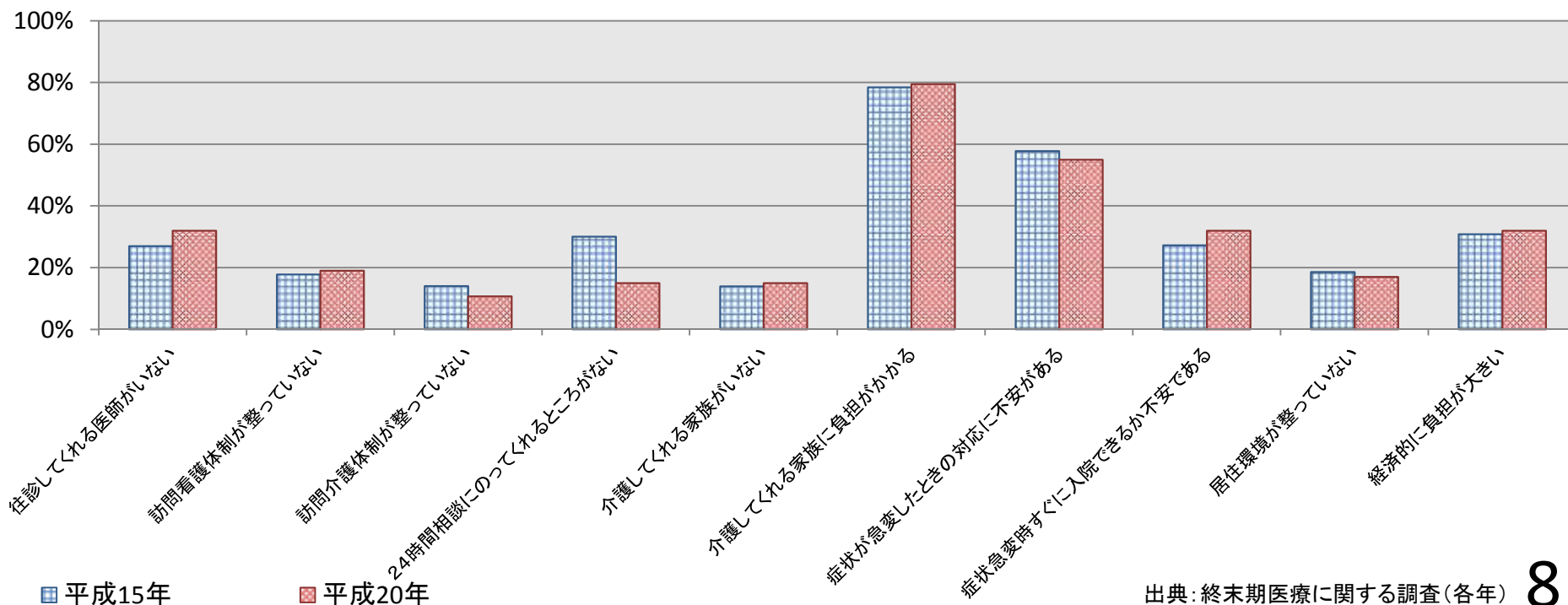
意見交換 資料－2 参考1
2 9 . 3 . 2 2

■ 自宅での療養：60%以上の国民が、最期まで自宅での療養は困難と考えている。

「実現可能である」と回答した者の割合は一般国民（6%）よりも医療福祉従事者が上回った（医師26%、看護師37%、介護士19%）

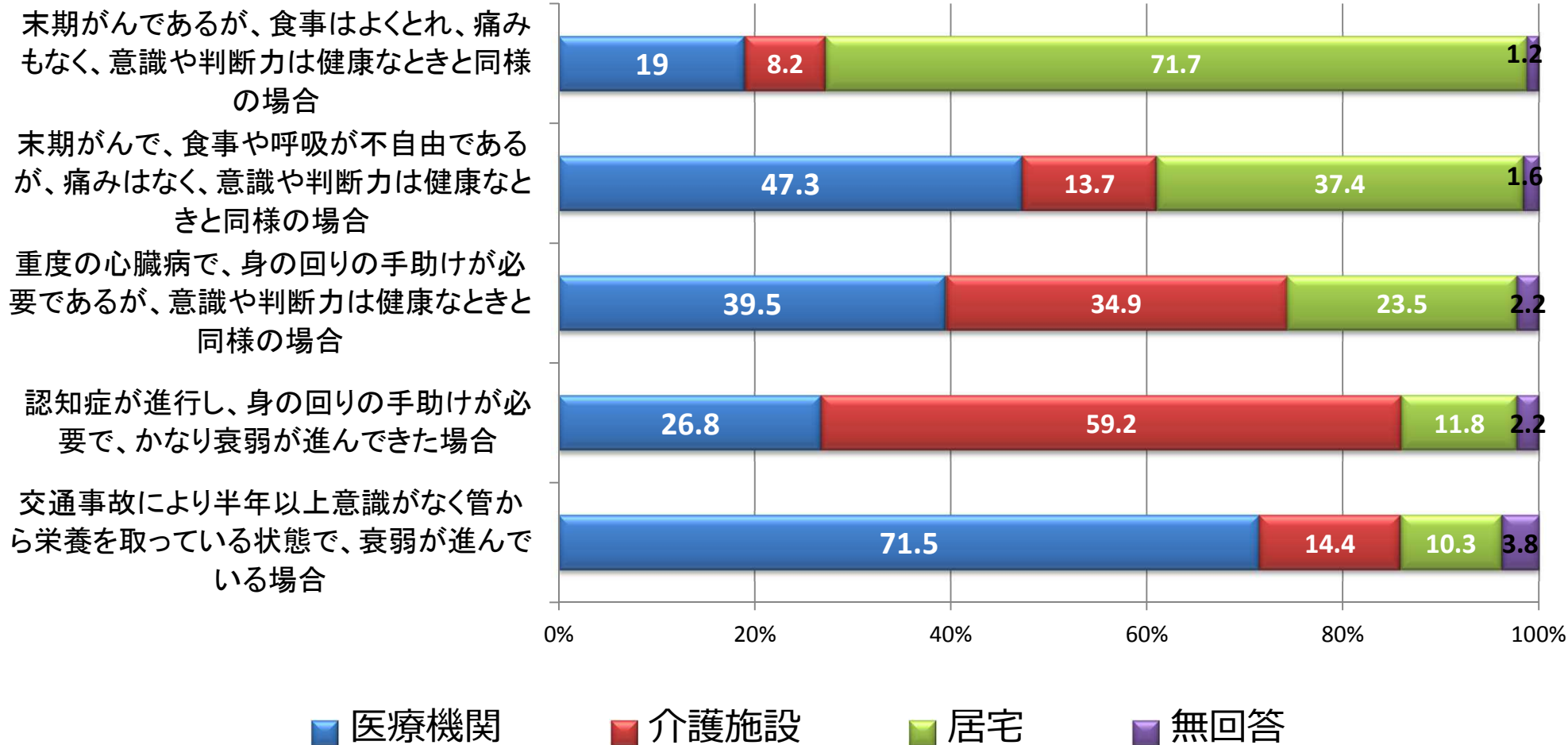


■ 自宅で最期まで療養することが困難な理由（複数回答）



参考：さまざまな状況における人生の最終段階を過ごしたい場所

■人生の最終段階を過ごしたい場所（一般国民による回答、n=2,179）



「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」

策定の背景

- 平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。
- 平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。
- パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。
※平成26年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改称。

ガイドラインの概要

1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方

- 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として終末期医療を進めることが重要。
- 人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

- 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。
- 患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。

本日の内容

1. 在宅医療に係るニーズの特徴
 - －人生の最終段階における医療に関する国民の意識
 - －人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン
2. 在宅医療（訪問診療）を担う医療機関
 - －医療機関の体制
 - －緊急時の対応
 - －診療科
 - －在宅患者の割合
3. 在宅医療を必要とする患者とその内容
 - －疾患、状態
 - －診療内容
 - －居住場所
4. 取組事例

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制及び入院病床の確保

急変

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む） ・薬局
- ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等

かかりつけ医機能のイメージ（案）

～生活習慣病を有する患者の例～

中 医 協 総 - 5
2 9 . 2 . 2 2

①

予防・外来

②

入院

③

在宅

かかりつけ医機能

処方

生活指導

・服薬指導
・薬剤師との連携

健康相談

24時間の
対応

必要に応じ専門
医療機関等の紹
介

・要介護認定
の支援
・介護支援専
門員との連携

在宅医療の
提供

①日常的な医学管理と重
症化予防

②専門医療機関等との連携

③在宅療養支援、介護との連携

疾病の経過に応じ想定されるかかりつけ医の役割（案） ～生活習慣病を有する患者の例～

中	医	協	総	—	5
2	9	.	2	.	2 2

例：内服と生活習慣の改善を必要とする場合

① 日常的な医学管理と重症化予防

- 疾病教育
疾病への理解、自己管理を促す
- 生活指導
食事、運動等の生活習慣の改善を促す
- 治療方針の決定
運動療法、食事療法、薬物治療等（理学療法士、管理栄養士、薬剤師等との連携）
- 服薬管理
- 服薬指導（薬剤師との連携）
- 治療効果の評価
必要に応じ、治療方針の見直しや専門医療機関と連携し、精密検査等
- 重症化の予防、早期介入

等

例：合併症のために入院が必要な場合

② 専門医療機関等との連携

- 専門医療機関への紹介、助言
精密検査の依頼
合併症に対する治療
治療方針の見直し
追加的治療の導入
- 合併症に応じた療養指導
在宅医療を行う場合の管理や療養指導
- 急性増悪への対応
24時間対応、専門医療機関等との連携

等

例：ADLが低下し、通院が困難になった場合

③ 在宅療養支援、介護との連携

- 在宅医療を行う場合の管理や療養指導
- 服薬管理
- 服薬指導（薬剤師との連携）
- 要介護状態等に応じた療養指導
- 介護との連携
主治医意見書の作成
介護支援専門員との連携
- 急性増悪への対応
24時間対応、専門医療機関との連携
- 看取り支援

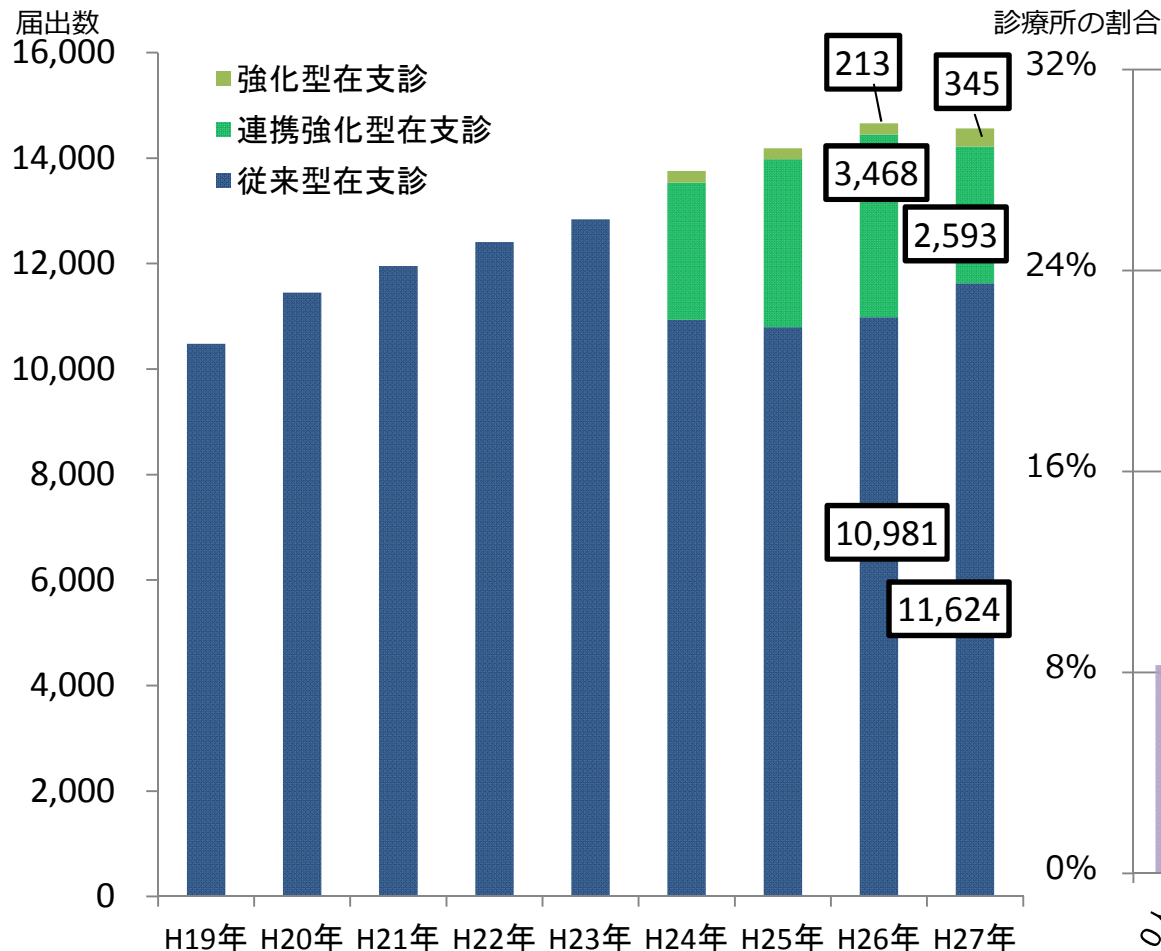
等

在宅療養支援診療所の届出数の推移と診療状況

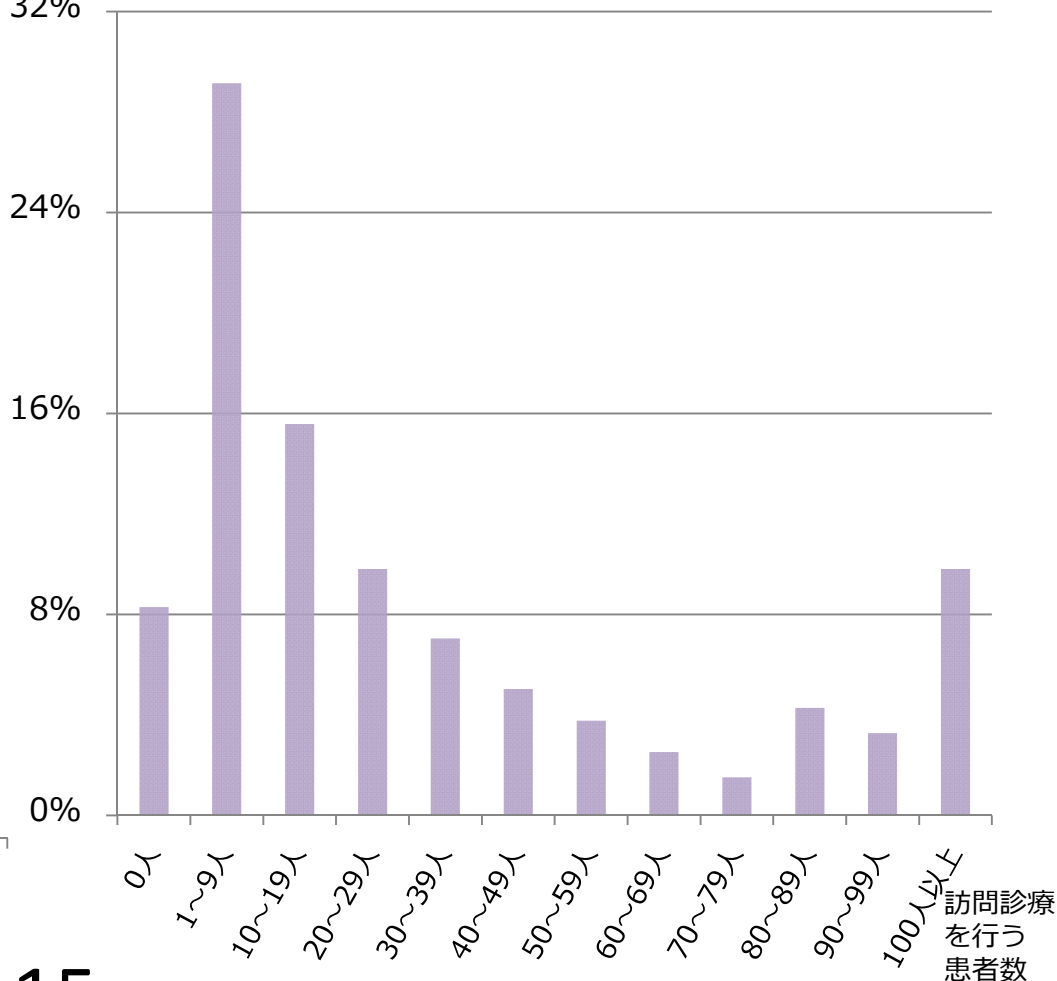
中	医	協	総	-	3
2	9	.	1	.	1 1

- 在宅療養支援診療所の届出医療機関数は概ね増加から横ばいである。
- 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＞



＜訪問診療を行う患者数別の在宅療養支援診療所数＞

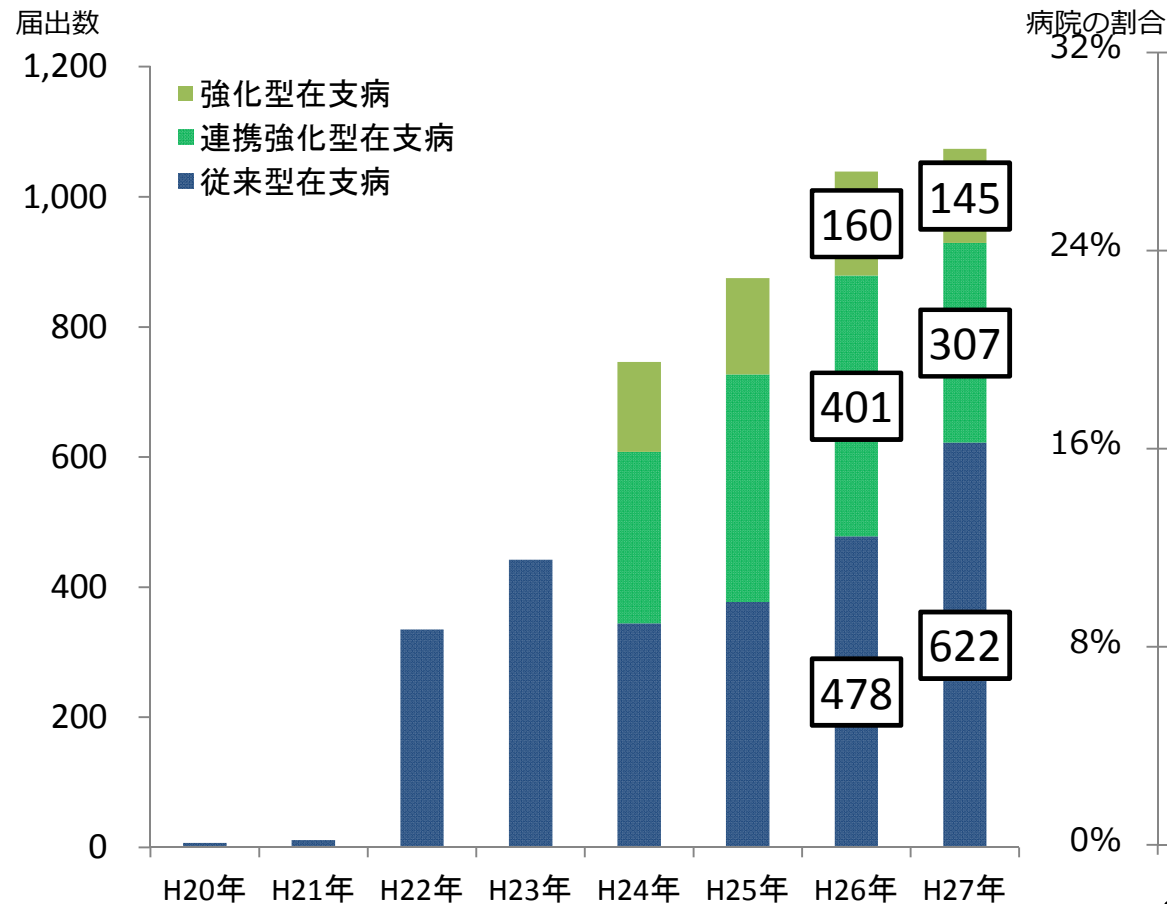


在宅療養支援病院の届出数の推移と診療状況

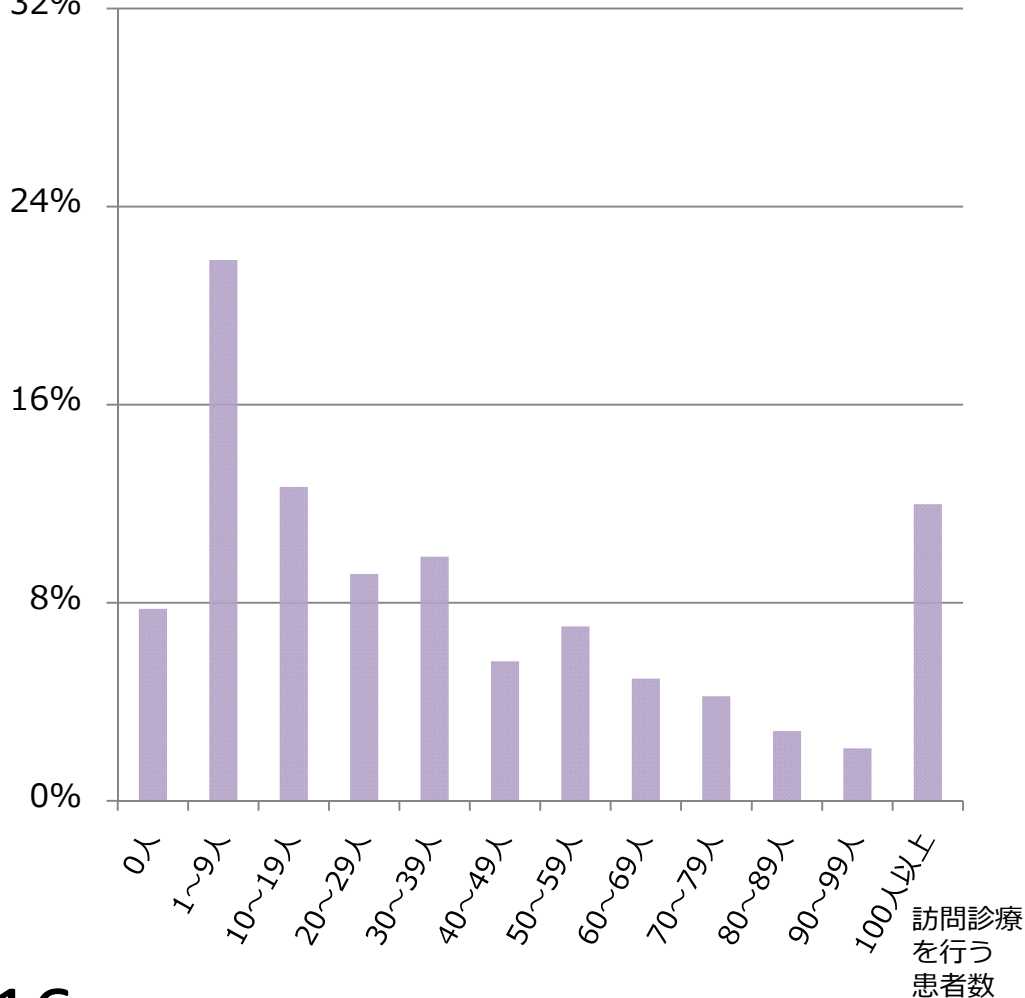
中	医	協	総	-	3
2	9	.	1	.	11

- 在宅療養支援病院の届出医療機関数は概ね増加から横ばいである。
- 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＞



＜訪問診療を行う患者数別の在宅療養支援病院数＞



在宅医療サービスを実施する診療所の属性

中	医	協	総	－	3
2	9	.	1	.	11

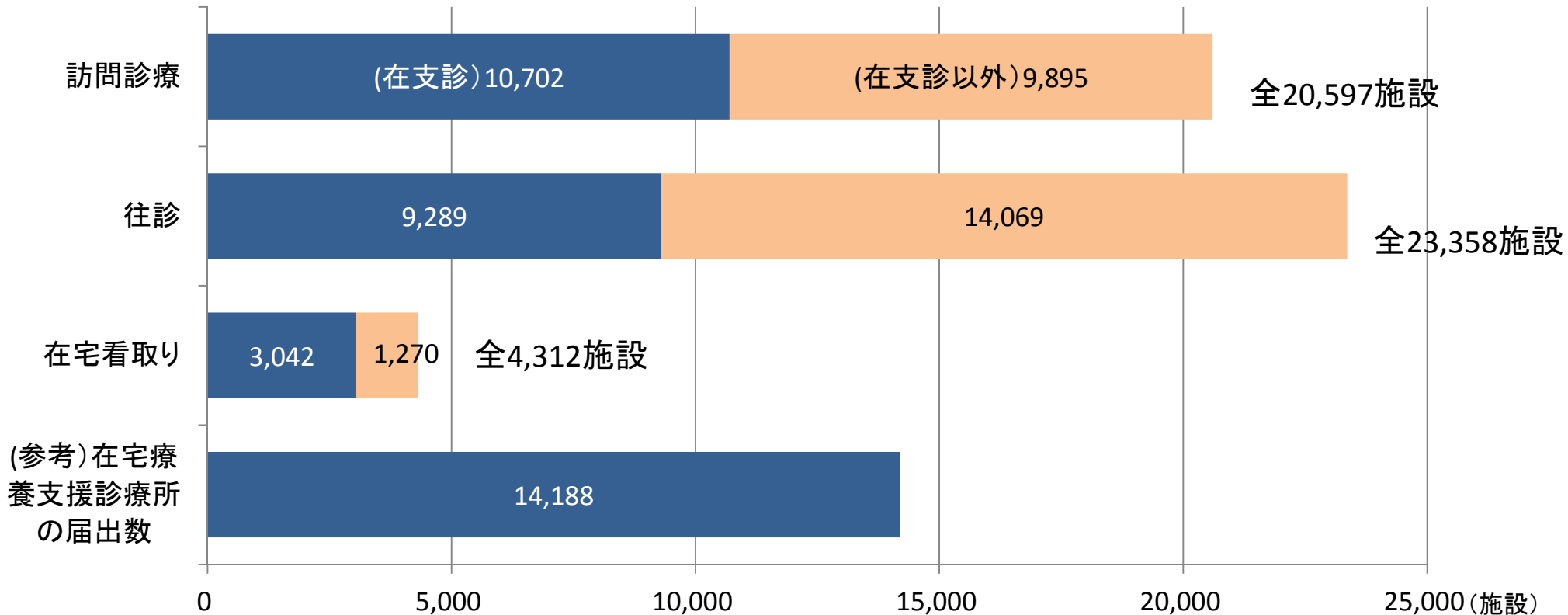
○ 在宅医療サービス（訪問診療、往診、在宅看取り）を実施する診療所の施設数をみると、在宅療養支援診療所（在支診）ではないが、在宅医療サービスを提供する一般診療所が相当数ある。

○ 在宅療養支援診療所であっても、全ての在宅医療サービスを実施しているとは限らない。

在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数

■ 在宅療養支援診療所

■ 在宅療養支援診療所以外の一般診療所



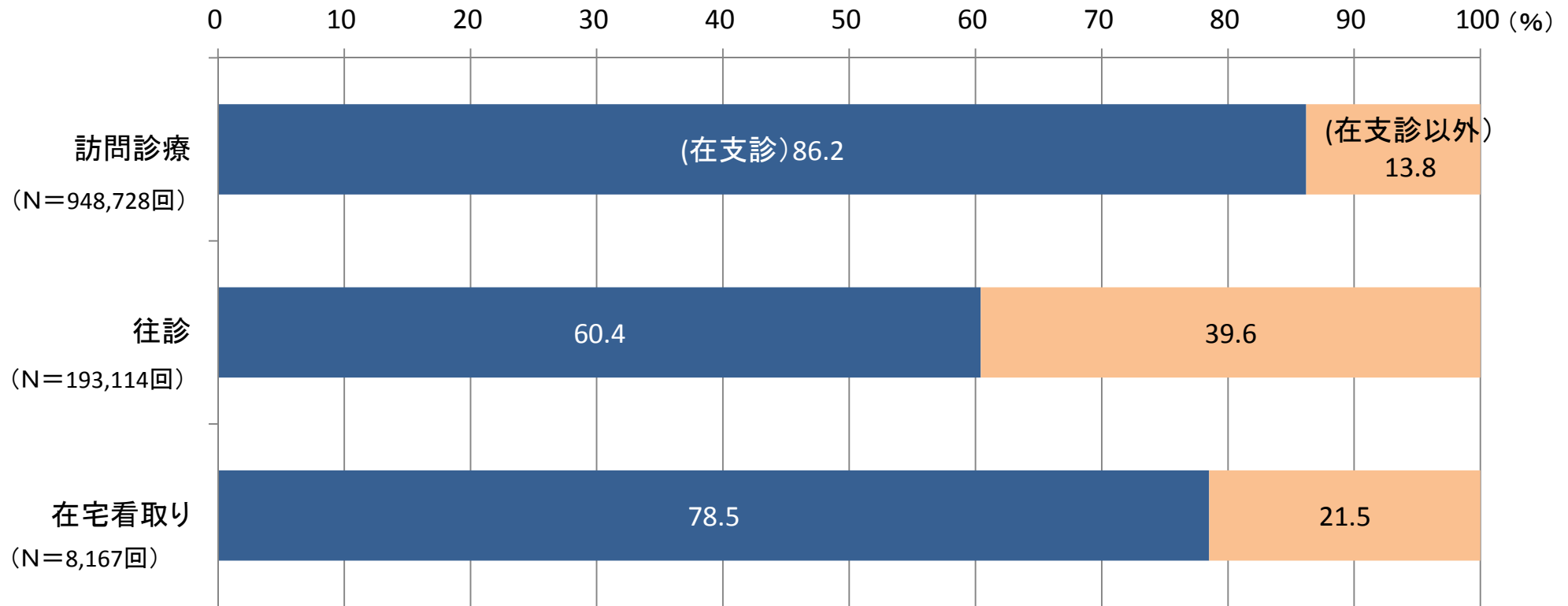
属性による在宅医療サービスの提供量の違い

中 医 協 総 - 3
2 9 . 1 . 1 1

- 在宅医療サービスの提供量についてみると、訪問診療については、在支診によって全体の9割弱が提供されている。
- 往診や在宅看取りについては、在支診ではない診療所によって、全体の2～4割が提供されている。

診療所の属性別にみた在宅医療サービスの提供量の構成比

- 在宅療養支援診療所
- 在宅療養支援診療所以外の一般診療所

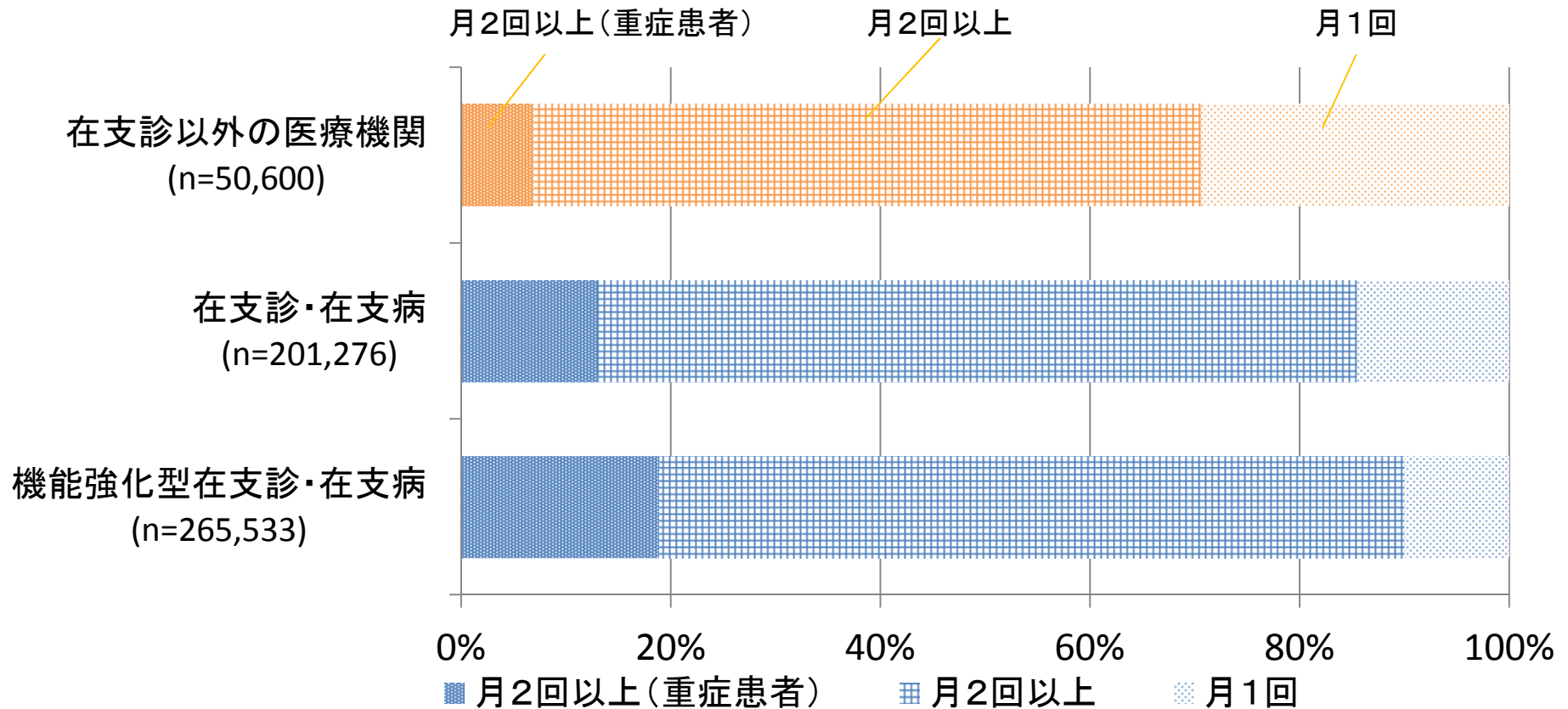


在宅医療を担う医療機関の特性①～管理料の算定状況～

- 在宅医療を担う医療機関（在総管又は施設総管を算定している医療機関）の管理料の算定状況を見ると、「在支診以外の医療機関」は、「在支診・在支病」及び「機能強化型在支診・在支病」に比べ、重症患者（※）の割合が少ない。

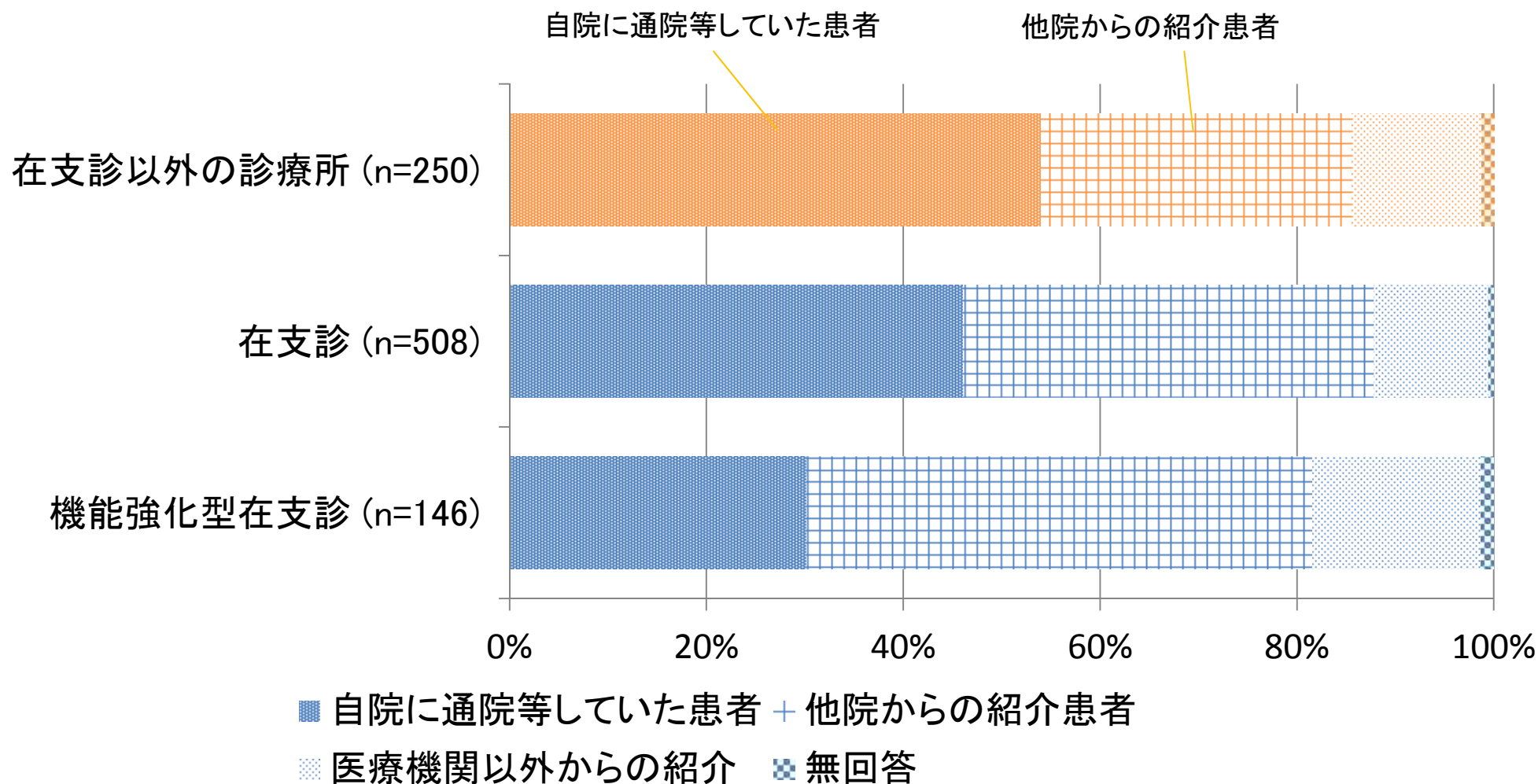
※重症患者を対象とした在総管又は施設総管を算定する患者

在総管及び施設総管の区分別算定状況
（状態及び訪問診療の回数に応じた区分ごとの算定状況）



在宅医療を担う医療機関の特性②～受診経路～

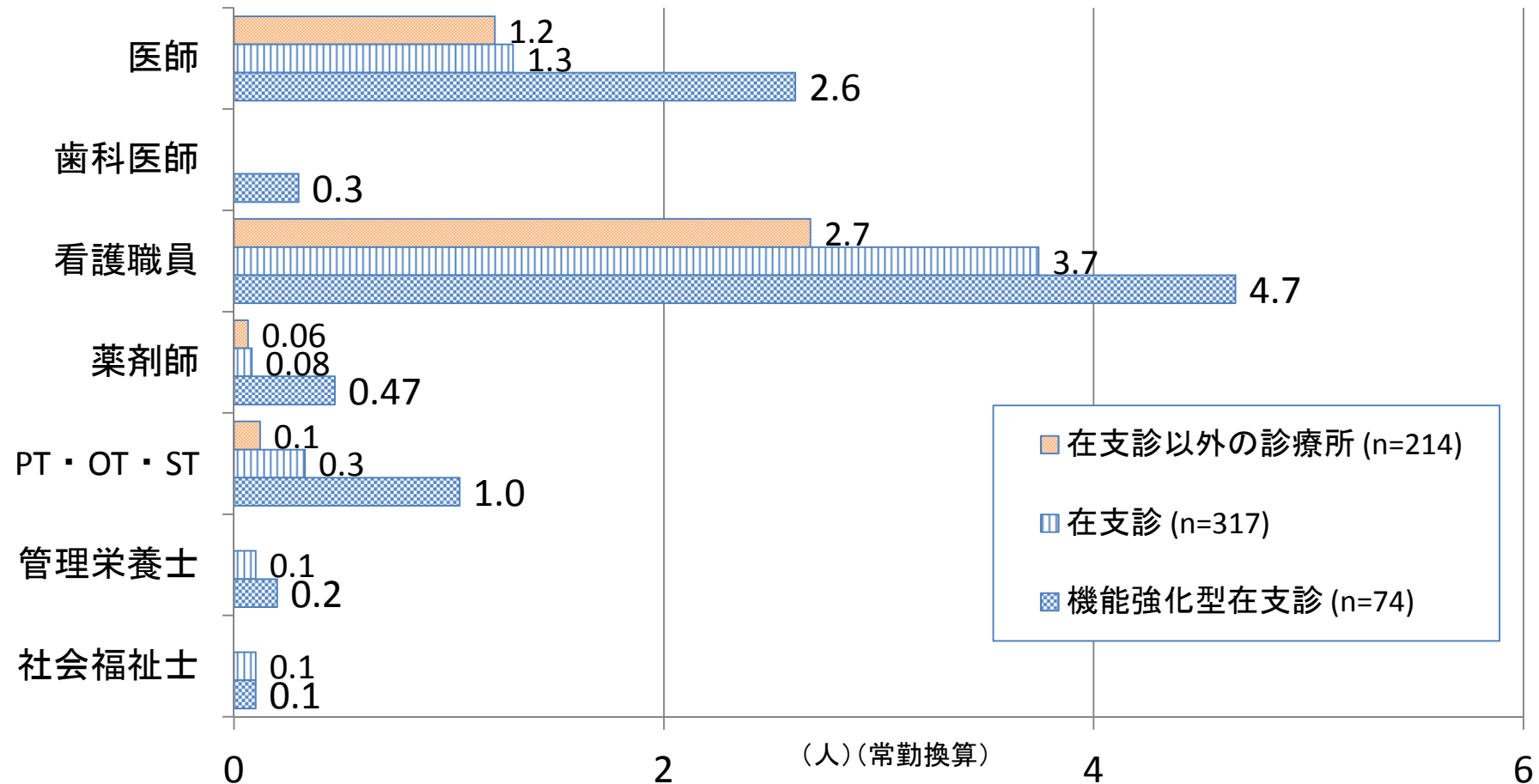
- 在宅医療を担う診療所（在総管又は施設総管を届け出ている診療所）の、在宅患者の受診経路をみると、「在支診以外の診療所」では、「在支診」及び「機能強化型在支診」に比べ、自院に通院等していた患者の割合が多い。



在宅医療を担う医療機関の特性③～人員配置の状況～

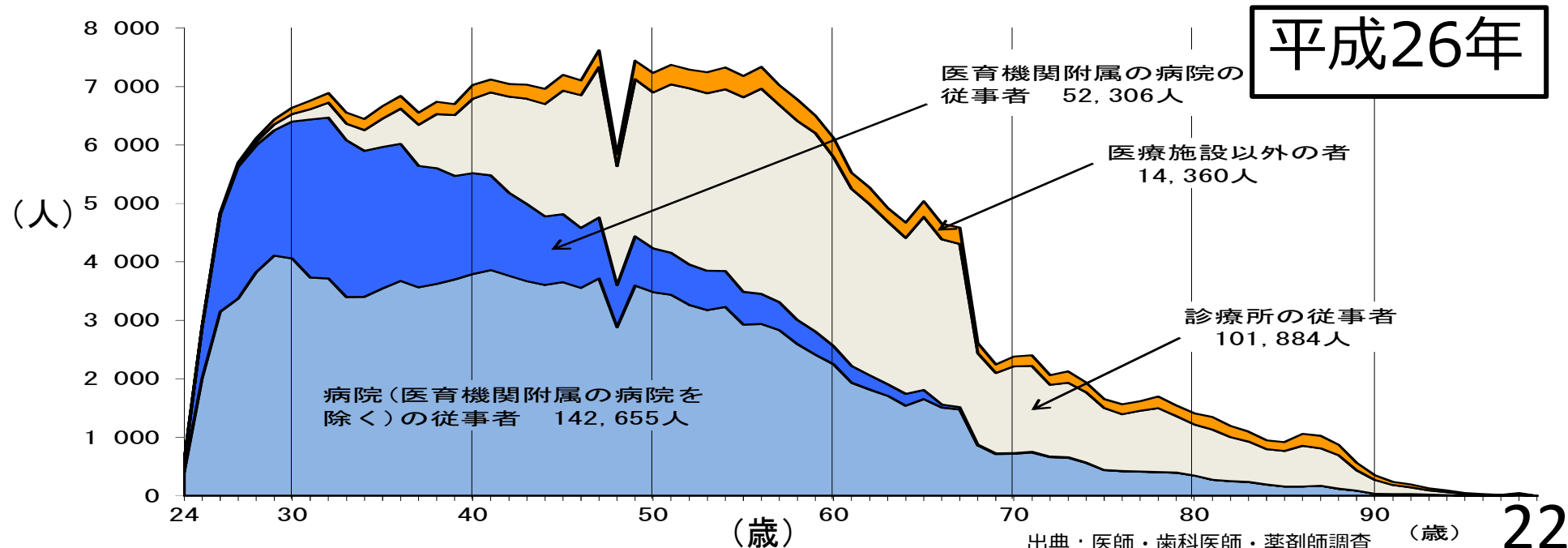
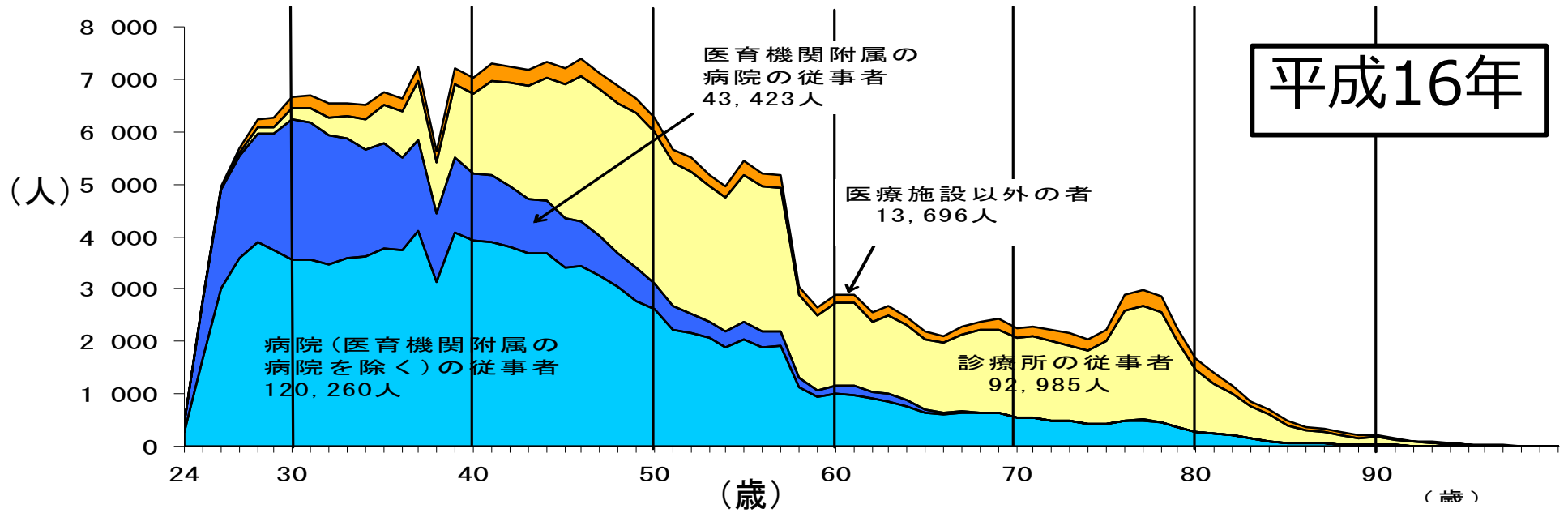
○在宅医療を担う診療所（在総管又は施設総管を届け出ている診療所）について、

- ・ 1診療所あたりの平均職員数を見ると、「在支診以外の診療所」では、「機能強化型在支診」に比べ、どの職種も少ない。
- ・ 職種別に平均職員数を見ると、医師と看護職員以外の職種は少ない。
- ・ 「機能強化型在支診」では、「在支診以外の診療所」及び「在支診」に比べ、医師と看護職員以外の職種も配置されていた。



※結果は暫定版であり、今後変更があり得る。

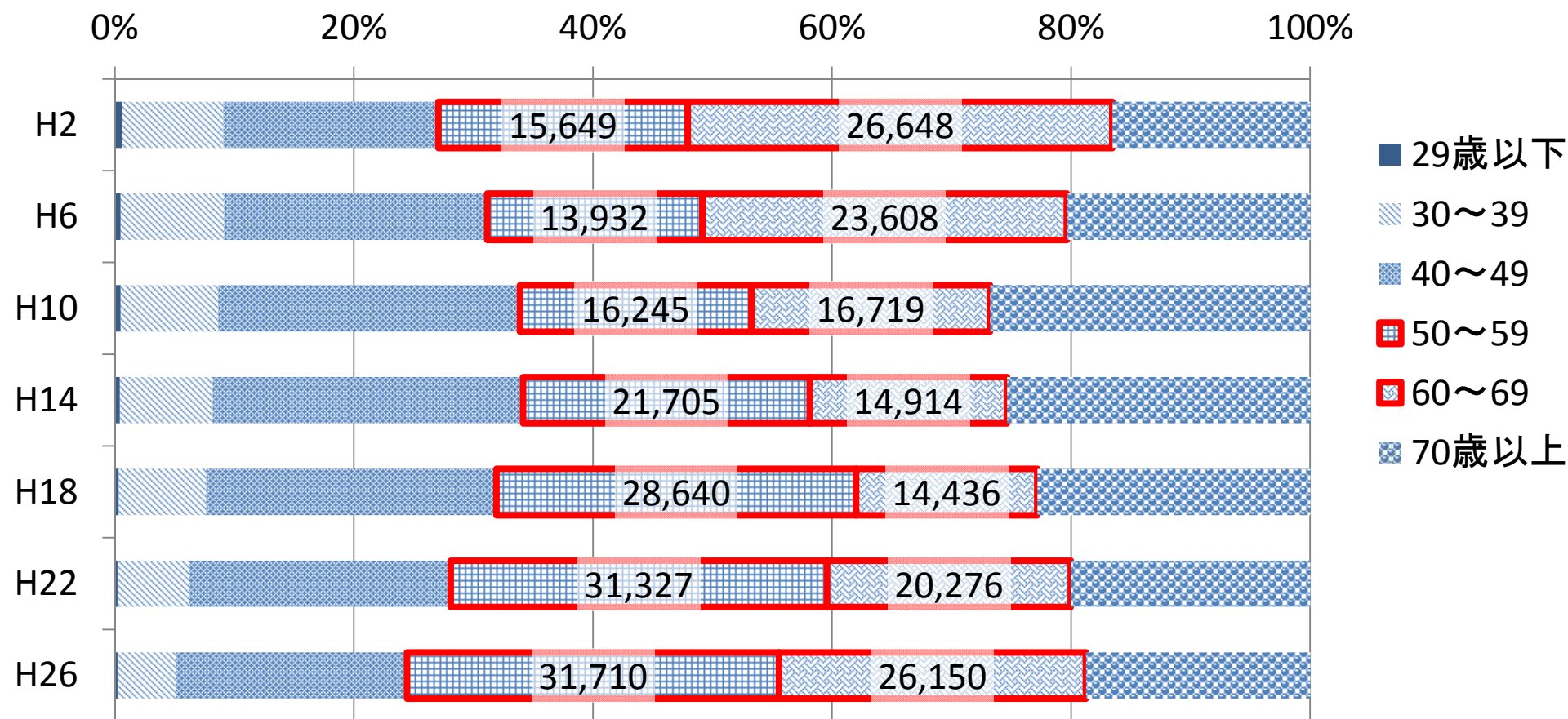
施設の種別にみた医師数（年齢別）



診療所の医師の年齢に関する動向

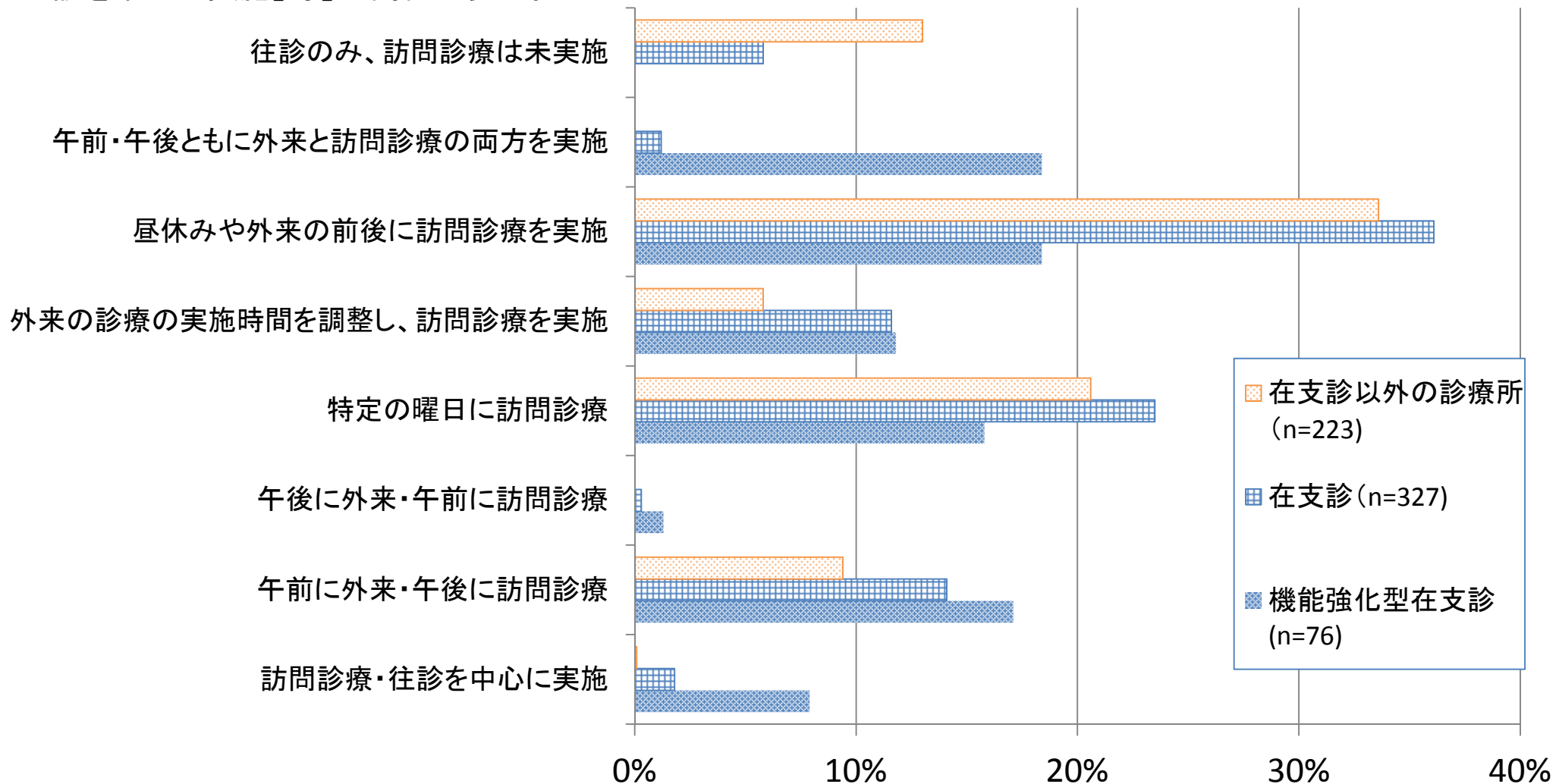
○診療所の医師のうち、50代と60代の医師の割合が増加傾向にある。

診療所における従事医師数(年齢区分別)



在宅医療を担う医療機関の特性④～訪問診療を行う時間帯～

○ 在支診や在支診以外の診療所では、「昼休みや外来の前後」や「特定の曜日」に訪問診療を行うとの割合が多い。機能強化型在支診では、その他と比べ、「午前午後ともに外来と訪問診療の両方を実施」「訪問診療・往診を中心に実施」等の割合が多い。



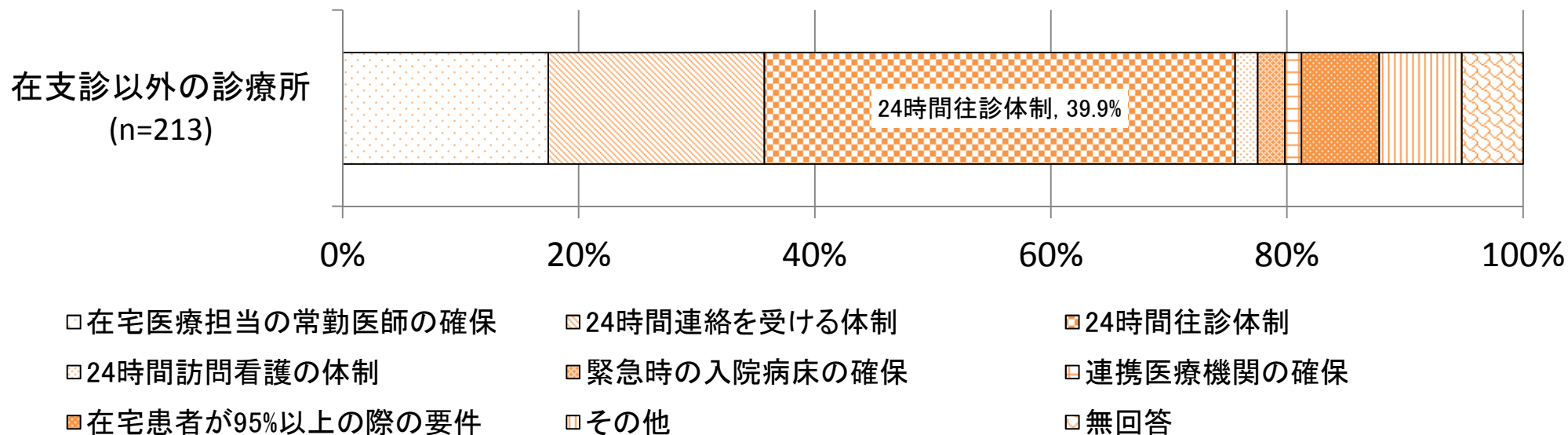
※結果は暫定版であり、今後変更があり得る。

在支診以外の診療所の意向

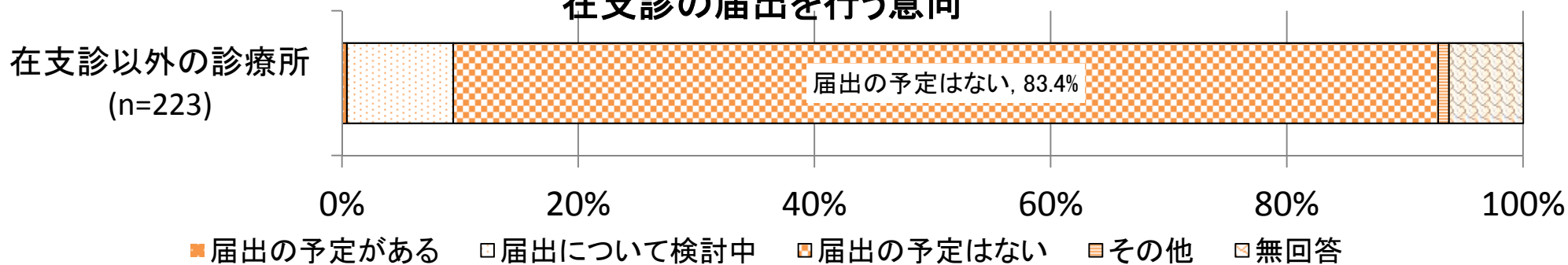
○ 在宅医療を行っている診療所が在支診の届出をしていない場合の理由をみると、約40%の診療所が24時間の往診体制が困難なためと回答した。

○ 在支診の届出を行う意向の有無については、約80%の診療所が「届出の予定はない」と回答した。

在支診の届出をしていない最大の理由



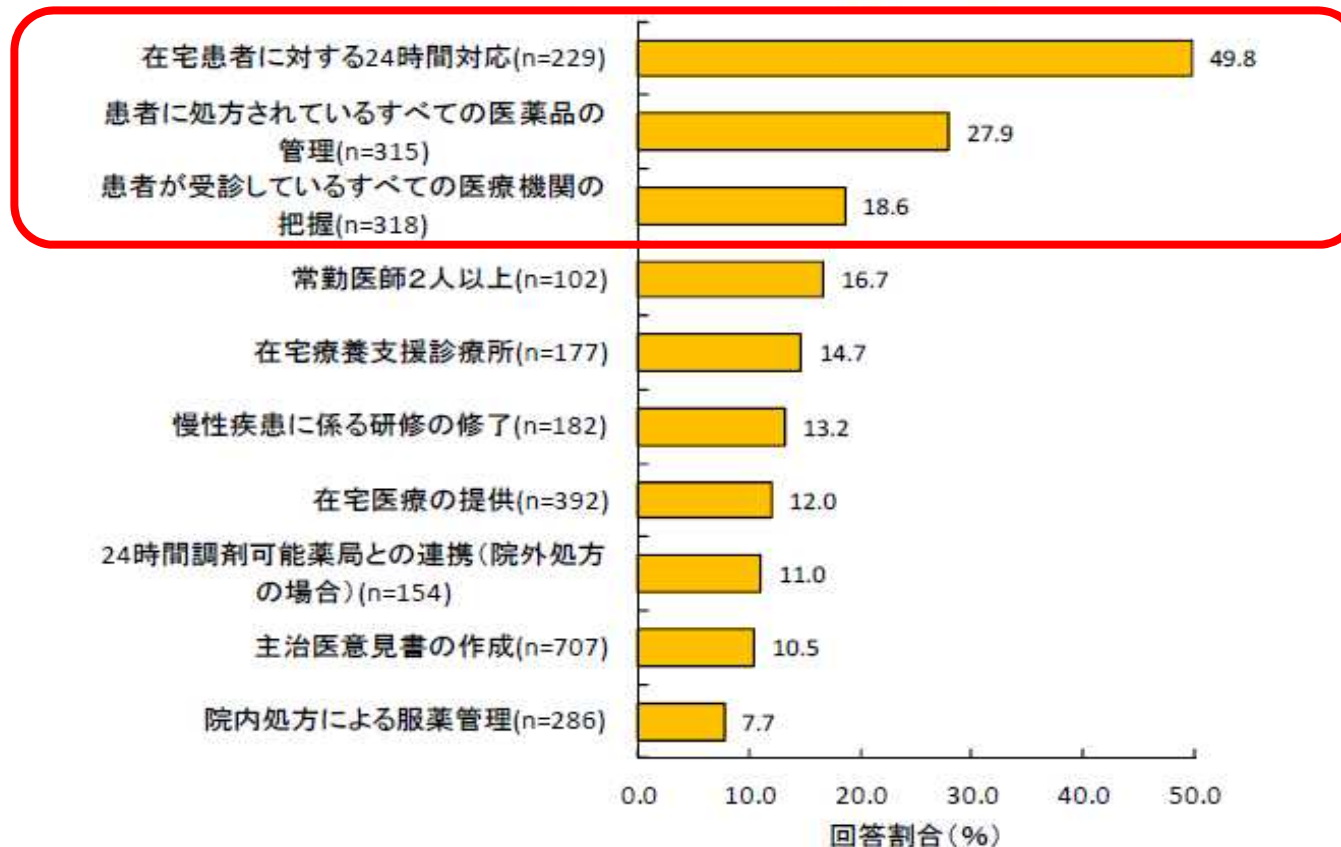
在支診の届出を行う意向



※結果は暫定版であり、今後変更があり得る。

- 実施している業務のうち負担の大きな項目として、「在宅患者に対する24時間対応」、「患者に処方されているすべての医薬品の管理」、「患者が受診しているすべての医療機関の把握」と回答した診療所が多かった。

現在実施していて負担の大きい項目（上位10項目）



*n数は現在実施している診療所数。「回答割合＝負担と回答した診療所÷実施している診療所」

出典：日本医師会「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査」結果（概要版）（2017年2月15日）

往診料の深夜加算及び夜間加算の算定回数

○ 往診料のうち、夜間や深夜の往診に対する加算を算定しているものは約8%である。

往診料		207, 834回
	うち、深夜加算を算定しているもの※ ¹	4,711回(2.27%※ ³)
	うち、夜間加算を算定しているもの※ ²	11,050回(5.32%※ ³)

※1 深夜加算における「深夜」とは、午後10時から午前6時までをいう。

※2 夜間加算における「夜間(深夜を除く)」とは、午後6時から午前8時までをいう。

※3 往診料の算定回数に対し、深夜加算及び夜間加算の算定回数がそれぞれ占める割合。

出典：平成27年社会医療診療行為別統計(平成27年6月審査分)

(参考) 訪問看護における24時間対応体制と緊急訪問の状況

意見交換 資料－3 参考 1
(改) 2 9 . 3 . 2 2

○ 介護保険と医療保険の利用者において、加算に同意している利用者の割合及び緊急訪問の利用状況に大きな違いはなく、届出をしているステーションの利用者の約半数が加算の同意をしている。

加算の届出の有無
(事業所数)

届出有
のうち

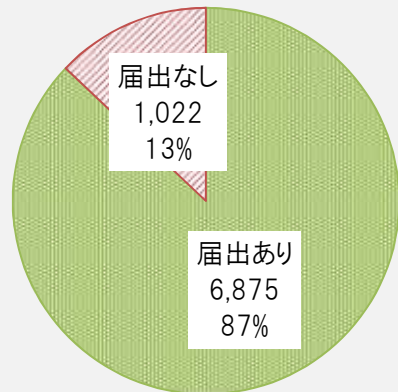
加算の同意の有無
(利用実人員数)

同意有
のうち

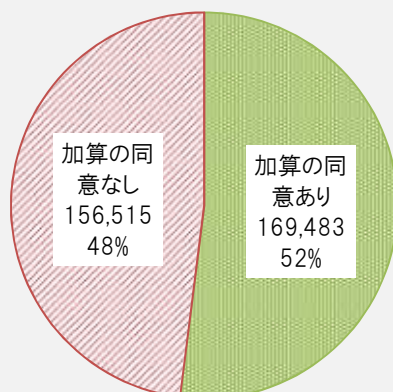
緊急訪問の有無
(利用実人員数)

介護保険

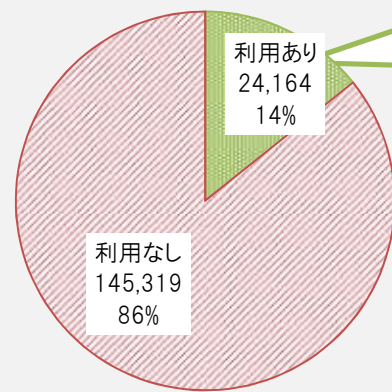
緊急時訪問看護加算



事業所の80～90%が届出あり



加算に同意している者は全利用者の約半数

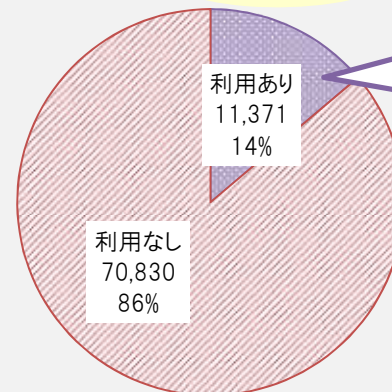
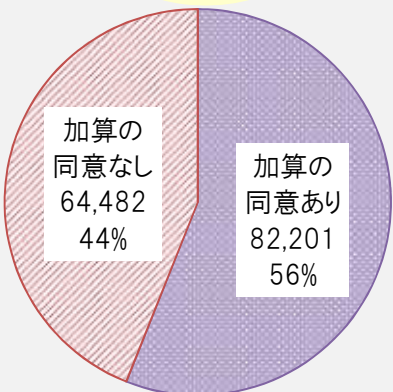
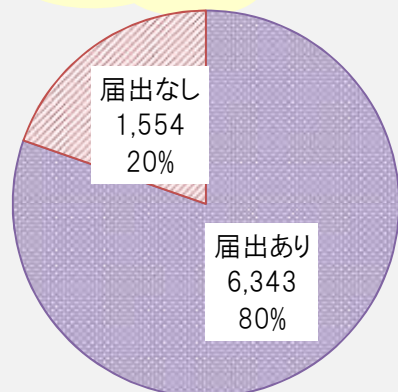


実際に緊急の訪問看護を利用している者は約15%で訪問回数は約3回

1人あたりの
緊急訪問回数
3.0回

医療保険

24時間対応体制加算



1人あたりの
緊急訪問回数
2.9回

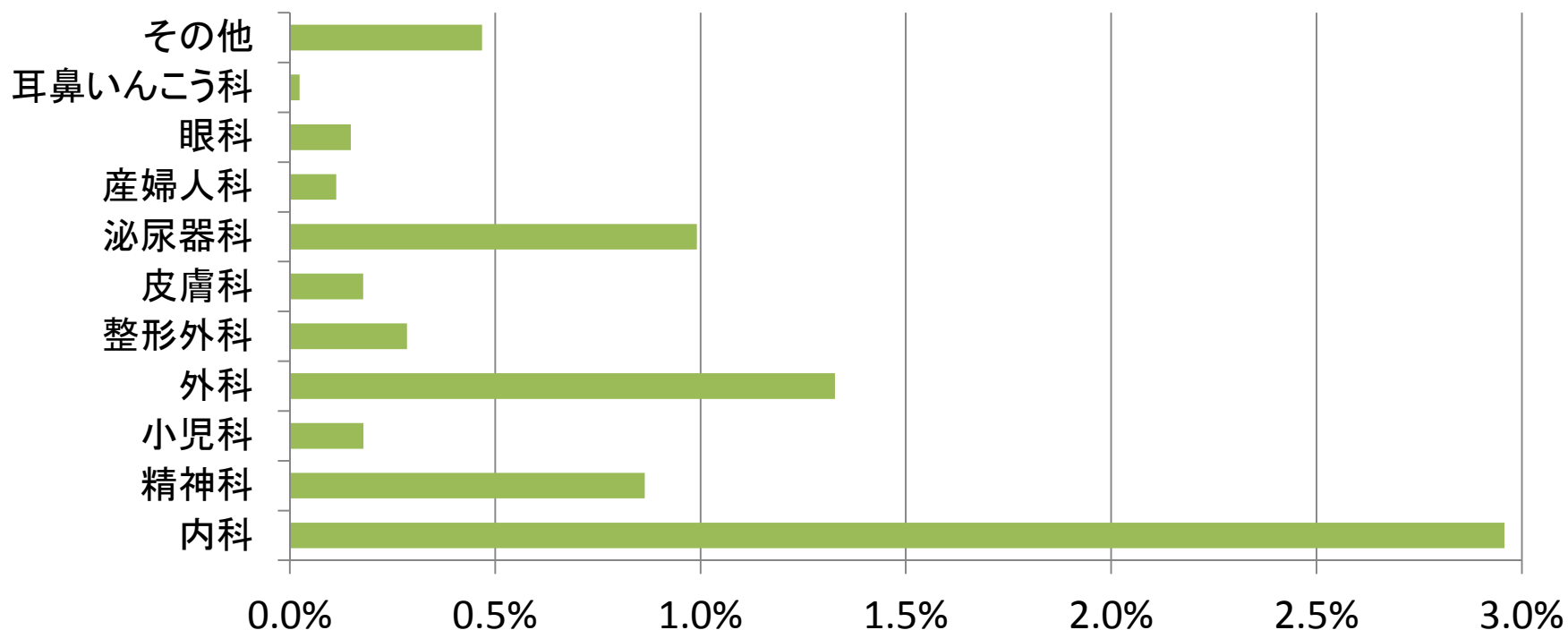
緊急時訪問看護加算・24時間対応体制加算：同意を得た利用者又はその家族等に対して24時間連絡できる体制にあって、必要に応じ緊急時訪問を行う体制として届け出た場合に月1回加算

出典：平成27年介護サービス施設・事業所調査

主たる診療科別の診療所の在宅医療の実施状況

- 主たる診療科別に診療所の在宅患者の割合をみると、診療科間にばらつきがある。
- 内科・外科・泌尿器科・精神科は、他の診療科に比較して在宅患者の割合が多い。

在宅患者の割合^(注)



注) 在宅患者の割合 (%) : (往診料及び在宅患者訪問診療料の算定回数) ÷ (初再診料、往診料及び在宅患者訪問診療料の算定回数の合計)

(参考)複数の医療機関による訪問診療について

- 1人の患者に対して1つの医療機関の医師が在宅患者訪問診療料を算定している場合、その患者に対して、別の医療機関の医師が訪問診療を行っても、在宅患者訪問診療料を算定することはできない取扱いとなっている。

■診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)(平成28年3月4日保医発0304第3号)(抜粋)

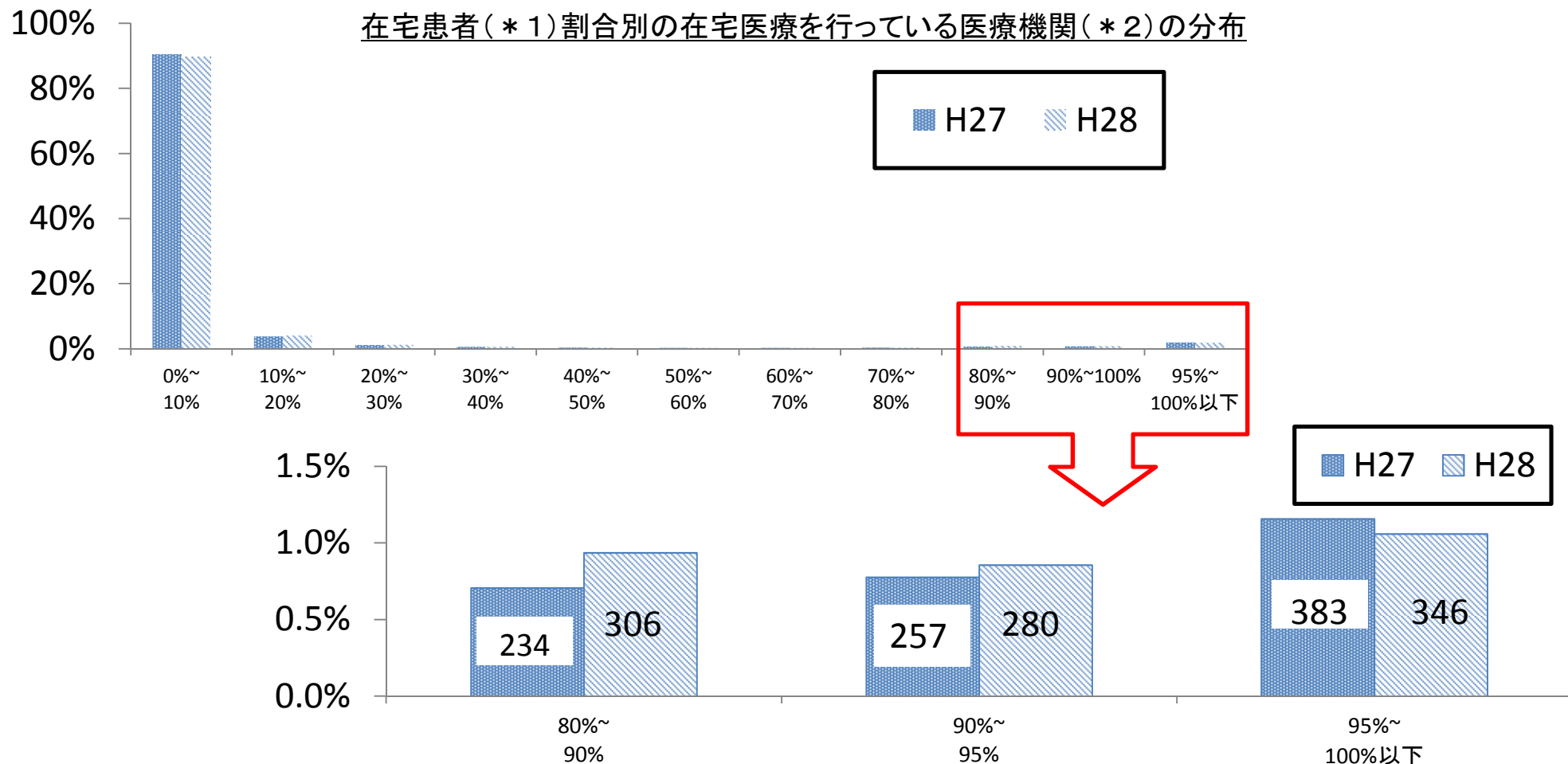
C001 在宅患者訪問診療料

(6) 在宅患者訪問診療料は、1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定するが、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日には算定できない。

ただし、区分番号「C108-2」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する場合に限り、1人の患者に対して2つの保険医療機関の保険医が、1日につきそれぞれ1回に限り算定できる。なお、この場合においても、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日には算定できない。

在宅医療を行っている医療機関の在宅患者の割合

- 在宅医療を行っている医療機関(注1)について在宅患者の割合(注2)をみると、10%未満の医療機関が大半であるが、一部医療機関は在宅患者割合が95%以上であった。
- 平成28年、在宅患者割合が95%以上の医療機関の割合がわずかに減少していた一方、90～95%の医療機関の割合がわずかに増加していた。



注1) 在宅医療を行っている医療機関: 入院外レセプトに1件以上往診料又は在宅患者訪問診療料を算定している医療機関

注2) 在宅患者の割合(%): (往診料及び在宅患者訪問診療料の算定回数) ÷ (初再診料、往診料及び在宅患者訪問診療料の算定回数の合計)

(出典: NDBデータ(各年入院外レセプト))

在宅療養を行う患者の急変時等の入院体制

- 在宅療養を行う患者の急変時等に備え、在宅医療を行っている診療所等に対し、入院できる医療機関との連携等を求めている。
- 在宅患者の緊急入院を受け入れた場合は、一定の診療報酬上の評価を行っている。

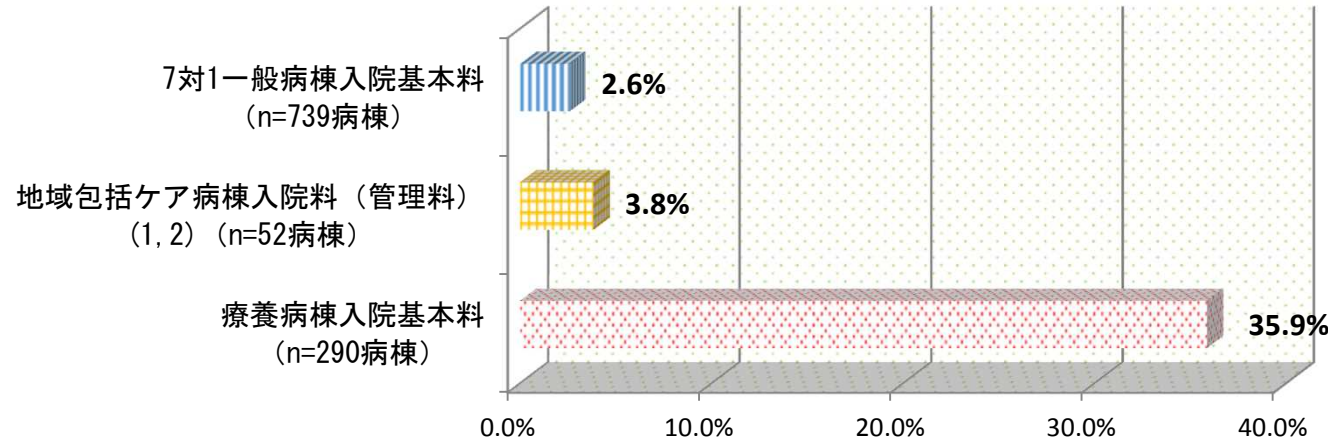
		届出医療機関数 (平成27年7月)
在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	緊急時に在宅療養を行う患者が入院できる病床を常に確保。	在支診:14,562 在支病:1,074
在宅療養後方支援病院	あらかじめ届け出た入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病棟を常に確保。	298
在宅患者緊急入院診療加算 1,000点～2,500点 (入院初日)	連携型在支診の体制を組んでいる医療機関や在支病等において、急変時の入院受け入れを行った場合に算定。	—
地域包括ケア病棟入院料 救急・在宅等支援病床初期加算 150点(1日につき)	軽微な発熱や下痢等の症状を来したために、入院医療を要する状態となった在宅療養中の患者を受け入れた場合に算定。	— (参考) 地域包括ケア病棟入院料1 1,159医療機関 地域包括ケア病棟入院料2 85医療機関

医療機関での看取りの状況

意見交換 資料－２参考１
2 9 . 3 . 2 2

■ 医療機関における各病棟での死亡退院の平均割合

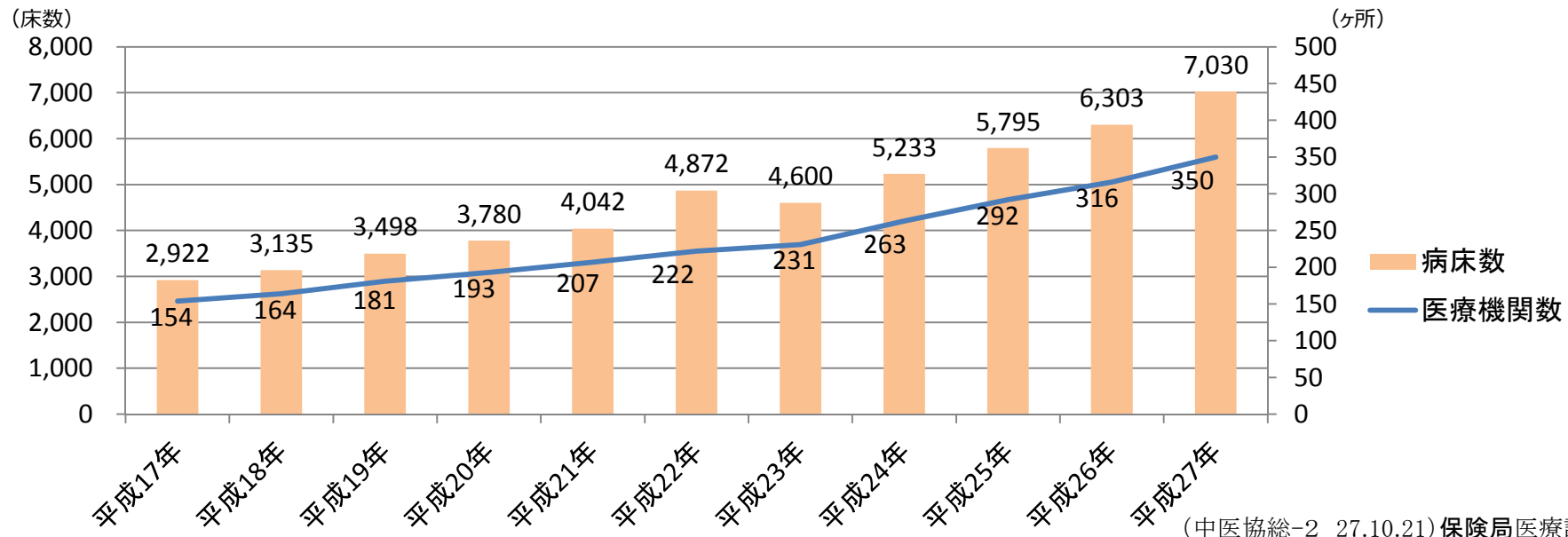
(平成26年10月の1か月間)



出典 平成26年度入院医療等の調査

■ 緩和ケア病床の推移

緩和ケア病棟入院料を届出ている医療機関数・病床数は、年々増加している。

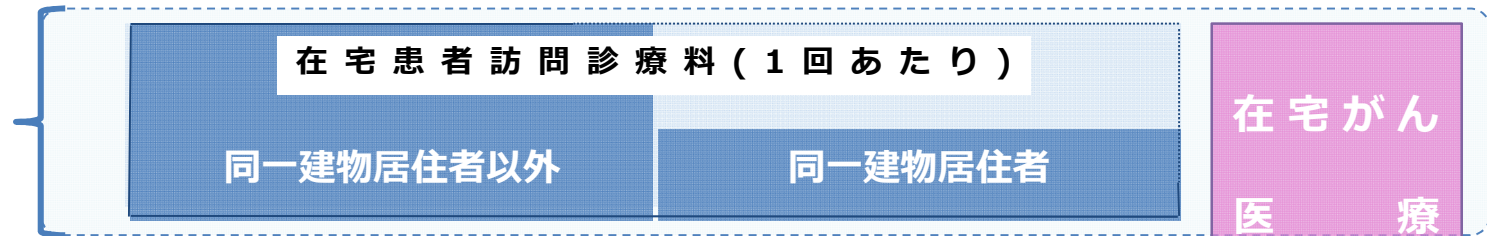


在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）（平成28年度～）

- 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い。

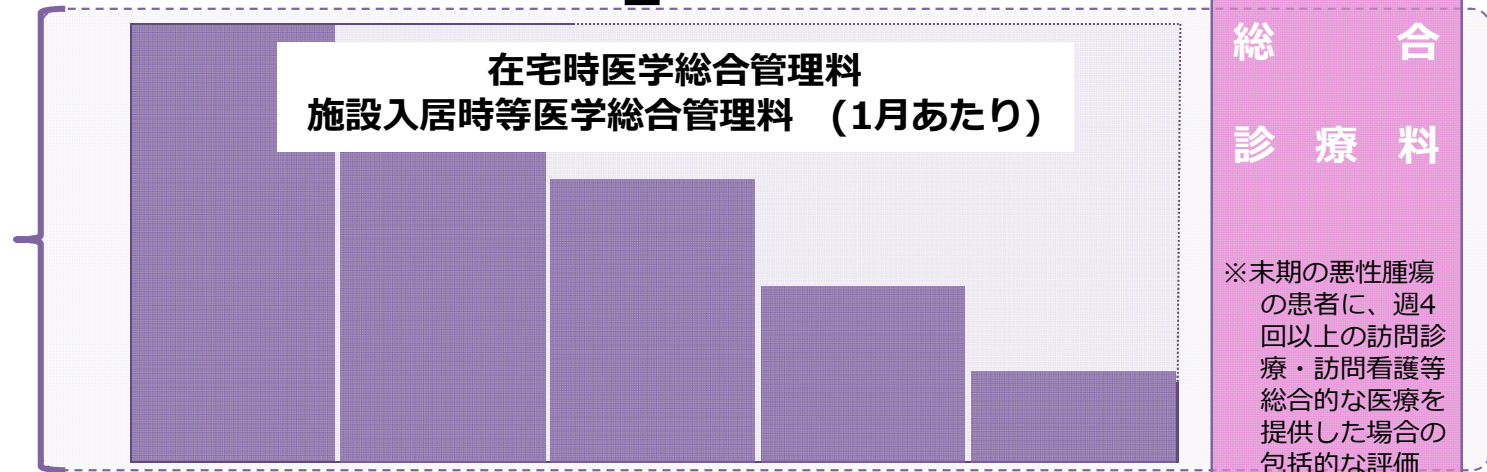
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 居住場所により段階的に評価
- 乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
- 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



②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

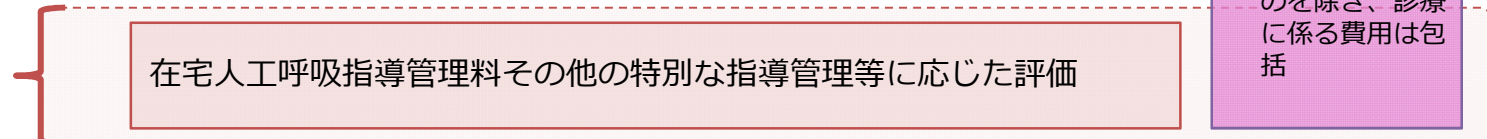
- 単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
- 特別な指導管理を必要とし、頻回の診療を行った場合等は加算により評価



※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



※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。

在宅患者訪問診療料（平成28年度～）

在宅患者訪問 診療料(1日につき)	1. 同一建物居住者以外の場合	833点
	2. 同一建物居住者の場合(※)	203点

※1. を算定した患者と同一の建物に居住する他の患者に対して、当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合

在宅ターミナルケア加算 在宅で死亡した患者に死亡日から2週間以内に2回以上の訪問診療等を実施した場合に算定	機能強化型在支診・在支病		機能強化型以外の 在支診・在支病	その他の 医療機関
	有床診・在支病	無床診		
	6,000点	5,000点	4,000点	3,000点
＋在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	7,000点	6,000点	5,000点	4,000点
＋在宅療養実績加算1	6,750点	5,750点	4,750点	3,750点
＋在宅療養実績加算2	6,500点	5,500点	4,500点	3,500点

看取り加算 在宅で患者を看取った場合に算定	3,000点
死亡診断加算 患家で死亡診断を行った場合に算定	200点

■その他の加算■

○乳幼児加算 ・幼児加算 400点

○診療時間に応じた加算 診療時間が1時間超の場合に100点／30分を加算

在宅時医学総合管理料（平成28年度～）



①機能強化型在支診（病床あり） 機能強化型在支病

		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者 以外	
診療患者 単一建物	1人	5,400点	4,600点	2,760点
	2～9人	4,500点	2,500点	1,500点
	10人以上	2,880点	1,300点	780点

②機能強化型在支診（病床なし） 機能強化型在支病

		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者 以外	
診療患者 単一建物	1人	5,000点	4,200点	2,520点
	2～9人	4,140点	2,300点	1,380点
	10人以上	2,640点	1,200点	720点

③ ①②以外の在支診・在支病

		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者 以外	
診療患者 単一建物	1人	4,600点	3,800点	2,280点
	2～9人	3,780点	2,100点	1,260点
	10人以上	2,400点	1,100点	660点

④ その他の保険医療機関

		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者 以外	
診療患者 単一建物	1人	3,450点	2,850点	1,710点
	2～9人	2,835点	1,575点	945点
	10人以上	1,800点	850点	510点

施設入居時等医学総合管理料（平成28年度～）



①機能強化型在支診（病床あり） 機能強化型在支病

		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者 以外	
診療患者 単一建物	1人	3,900点	3,300点	1,980点
	2～9人	3,240点	1,800点	1,080点
	10人 以上	2,880点	1,300点	780点

②機能強化型在支診（病床なし） 機能強化型在支病

		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者 以外	
診療患者 単一建物	1人	3,600点	3,000点	1,800点
	2～9人	2,970点	1,650点	990点
	10人 以上	2,640点	1,200点	720点

③ ①②以外の在支診・在支病

		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者 以外	
診療患者 単一建物	1人	3,300点	2,700点	1,620点
	2～9人	2,700点	1,500点	900点
	10人 以上	2,400点	1,100点	660点

④ その他の保険医療機関

		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者 以外	
診療患者 単一建物	1人	2,450点	2,050点	1,230点
	2～9人	2,025点	1,125点	675点
	10人 以上	1,800点	850点	510点

在宅療養支援診療所（在支診）の施設基準の概要（平成28年度～）

	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している		
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上・各医療機関で4件以上	
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は 超・準超重症児の医学管理の実績 のいずれか 4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績が連携内で 4件以上、 各医療機関において、看取りの実績又は超・ 準超重症児の医学管理の実績のいずれか 2件以上	

※「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。
(1) 許可病床200床未満であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと
(2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること

在宅医療に係る診療報酬の改定概要①

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価①

➤ 在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われていることから、以下のとおり患者の状態や居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

① 特定施設入居時等医学総合管理料について、算定対象となる施設を見直すとともに、名称を変更

現行（対象となる住まい）		改定後（対象となる住まい）	
特定施設入居時等 医学総合管理料 （特医総管）	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、 特別養護老人ホーム、特定施設	施設入居時等医学総 合管理料（施設総 管）	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人 ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向 け住宅、認知症グループホーム
在宅時医学総合管 理料（在総管）	上記以外の住まい	在宅時医学総合管理 料（在総管）	上記以外の住まい

② 以下に掲げる重症度の高い患者に対する評価を充実

重症度の高い患者

・末期の悪性腫瘍の患者	・スモンの患者	・指定難病の患者
・後天性免疫不全症候群の患者	・脊髄損傷の患者	・真皮を超える褥瘡の患者
・人工呼吸器を使用している患者	・気管切開の管理を要する患者	・気管カニューレを使用している患者
・ドレーンチューブ等を使用している患者	・人工肛門等の管理を要する患者	・在宅自己腹膜灌流を実施している患者
・在宅血液透析を実施している患者	・酸素療法を実施している患者	・在宅中心静脈栄養を実施している患者
・在宅成分栄養経管栄養法を実施している患者	・在宅自己導尿を実施している患者	・植込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛 管理を受けている患者
・携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジン2製剤の投与を受けている患者		

在宅医療に係る診療報酬の改定概要②

在宅医療を専門に行う医療機関の開設

- 健康保険法に基づく開放性の観点から、外来応需体制を有していることが原則であることを明確化した上で、以下の要件等を満たす場合には在宅医療を専門に実施する診療所の開設を認める。

[主な開設要件]

- ① 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、診療地域内に2か所以上の協力医療機関を確保していること（地域医師会から協力の同意を得られている場合はこの限りではない。）
- ② 在宅医療導入に係る相談に随時応じ、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等が整っていること。
- ③ 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
- ④ 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

等

在宅医療専門の医療機関に関する評価

- 在宅医療専門の医療機関について、在支診の施設基準に加え、以下の実績等を満たしている場合には、それぞれ同様に評価を行う。

① 在宅患者の占める割合が95%以上	④ $(\text{施設総管の件数}) / (\text{在総管・施設総管の件数}) \leq 0.7$
② 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績	⑤ $(\text{要介護3以上の患者} + \text{重症患者}) / (\text{在総管・施設総管の件数}) \geq 0.5$
③ 看取り実績が20件／年以上又は15歳未満の超・準超重症児の患者が10人以上	

- 在宅医療専門の医療機関であって、上記の基準を満たさないものは、在総管・施設総管について、在支診でない場合の所定点数の80／100に相当する点数により算定する。

- 在宅患者の占める割合が95%未満である医療機関について、在支診の要件は現行通りとする。



在宅医療に係る診療報酬の改定概要③

在宅療養における後方病床の評価①

- 在宅医療を行うにあたり、緊急時における後方病床の確保が重要であることから、在宅療養後方支援病院を新設し評価を行う。

(新) 在宅療養後方支援病院

[施設基準]

- 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

現行

在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)
1 連携型在支診、在支病の場合
2,500点



改定後

在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)
1 連携型在支診、在支病、在宅療養後方支援病院の場合
2,500点

[算定要件]

- ① 入院希望患者に対して算定する。
- ② 500床以上の場合は、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限り算定することができる。

在宅医療に係る診療報酬の改定概要④

在宅療養における後方病床の評価②

- 在宅医療を担当する医師と在宅療養後方支援病院の医師が共同で訪問診療等を行った場合の評価を行う。

(新)	<u>在宅患者共同診療料</u>	<u>1 往診の場合</u>	<u>1,500点</u>
		<u>2 訪問診療(同一建物居住者以外)</u>	<u>1,000点</u>
		<u>3 訪問診療(同一建物居住者)</u>	
		<u>イ 特定施設等に入居する者</u>	<u>240点</u>
		<u>ロ イ以外の場合</u>	<u>120点</u>

[算定要件]

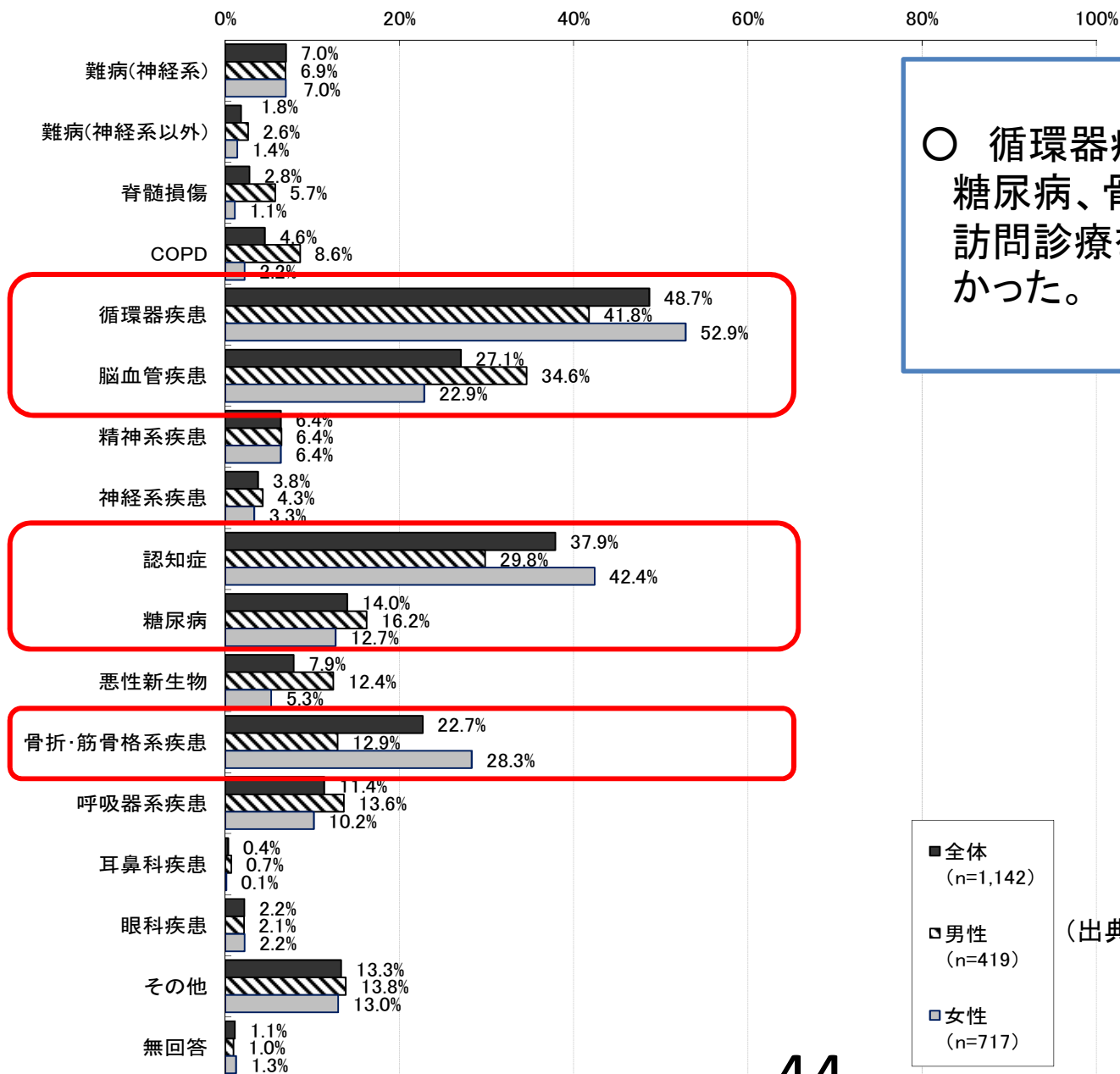
- ① 在宅を担当している医療機関と共同で往診又は訪問診療を行う。
- ② 1～3までを合わせて、最初に算定を行った日から起算して1年間に2回までに限り算定する。ただし、15歳未満の人工呼吸患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者については最初に算定を行った日から起算して1年間に12回までに限り算定する。
- ③ 500床以上の病院については15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限り算定することができる。

本日の内容

1. 在宅医療に係るニーズの特徴
 - －人生の最終段階における医療に関する国民の意識
 - －人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン
2. 在宅医療（訪問診療）を担う医療機関
 - －医療機関の体制
 - －緊急時の対応
 - －診療科
 - －在宅患者の割合
3. 在宅医療を必要とする患者とその内容
 - －疾患、状態
 - －診療内容
 - －居住場所
4. 取組事例

訪問診療を行っている原因の疾患

訪問診療を行っている原因の病名(複数回答)



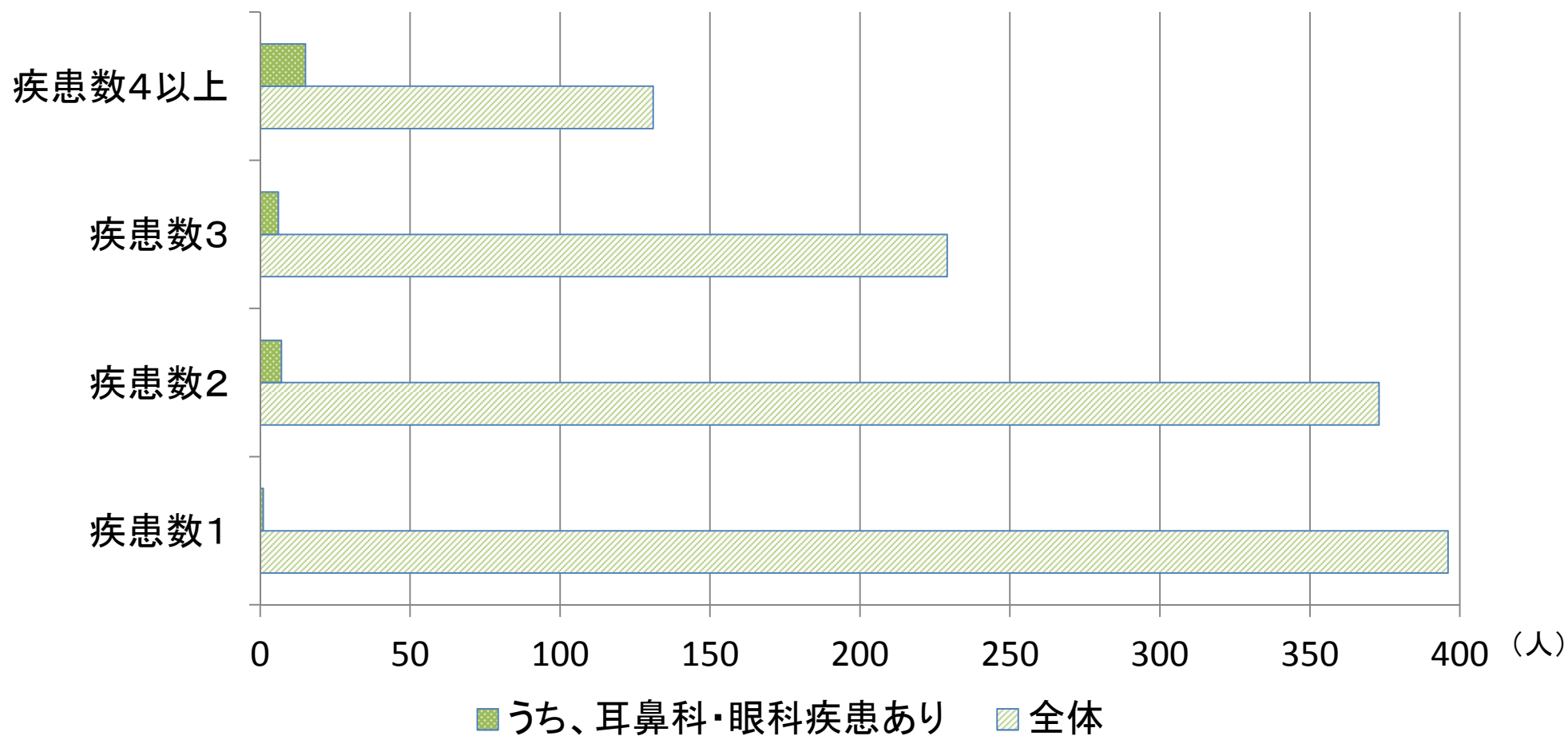
○ 循環器疾患、脳血管疾患、認知症、糖尿病、骨折・筋骨格系疾患に対して、訪問診療を行っているとの回答が多かった。

■ 全体
(n=1,142)
□ 男性
(n=419)
■ 女性
(n=717)

(出典: 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
(平成28年度))

耳鼻科・眼科疾患を有する患者への訪問診療

- 訪問診療を行っている原因疾患のうち、耳鼻科疾患又は眼科疾患がある患者は少なかった。
- 訪問診療を行っている原因疾患を複数有する患者では、その他に比べ、耳鼻科疾患又は眼科疾患への訪問診療が行われている患者は多い。

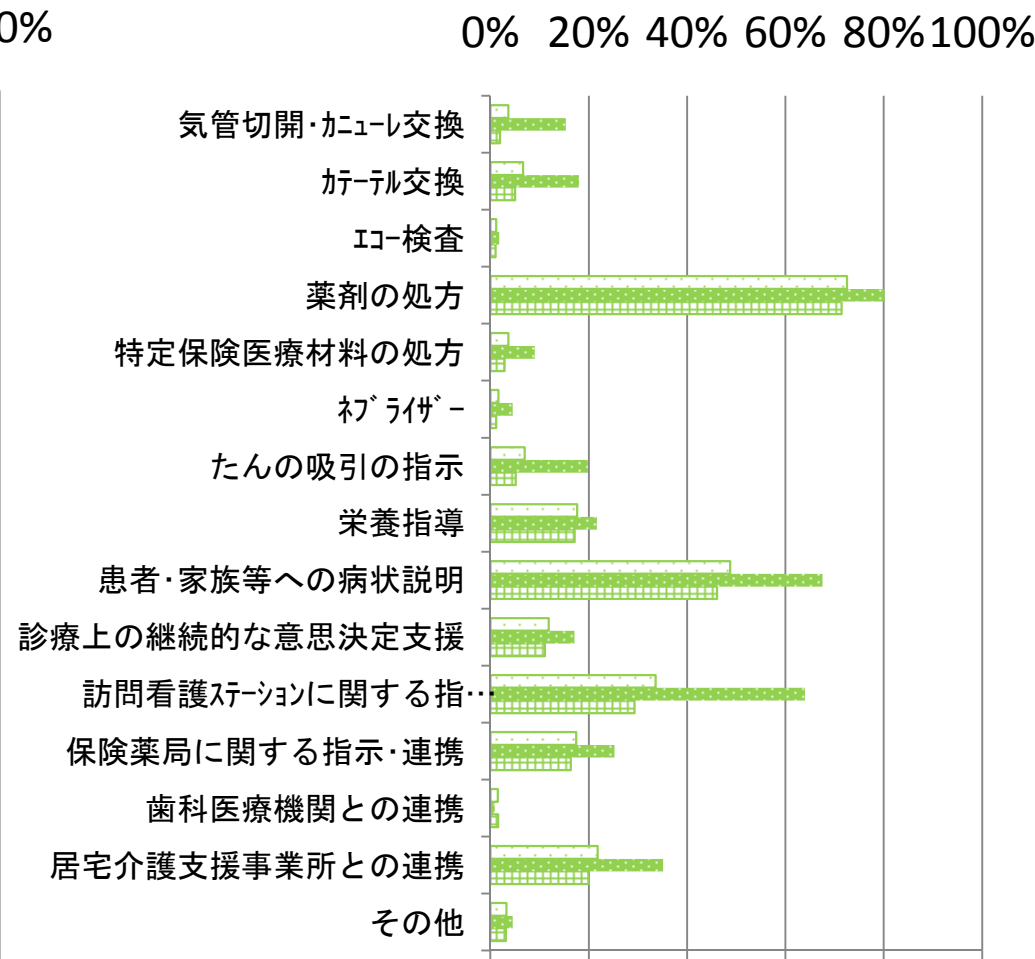
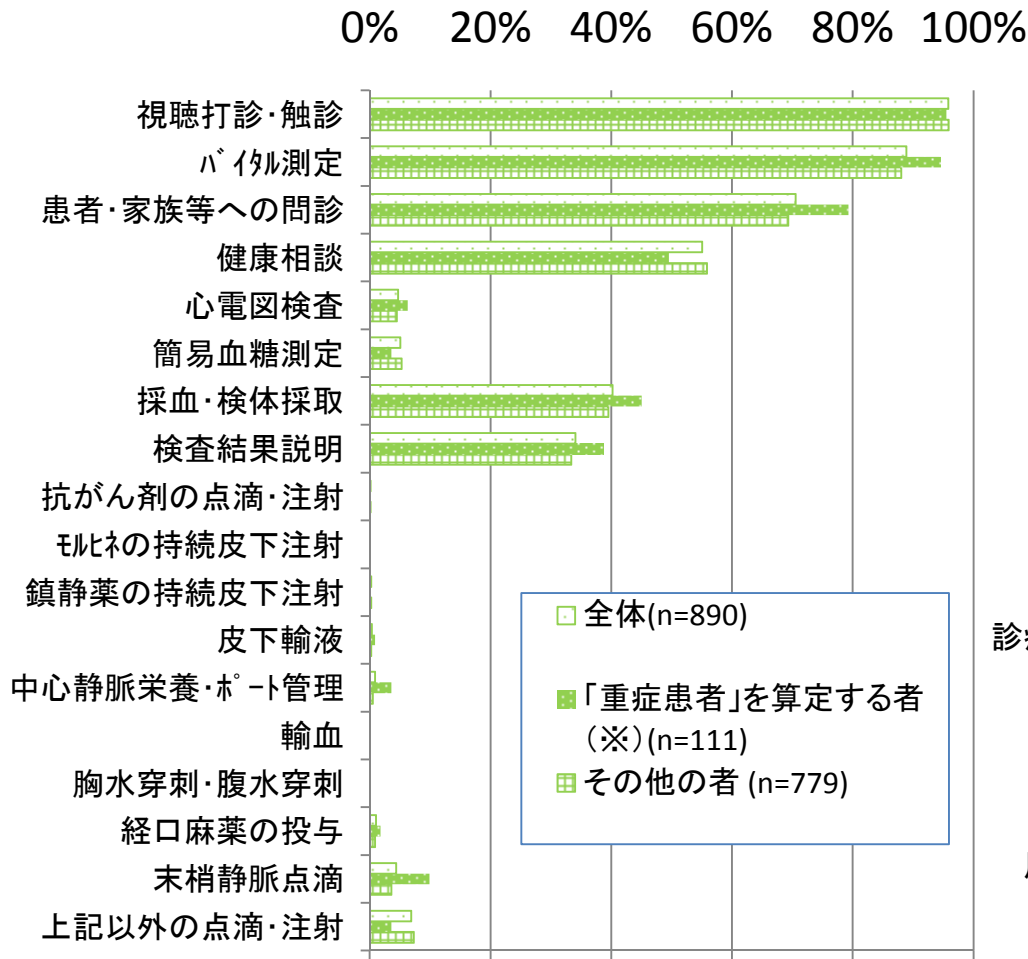


訪問診療時に医師が行った診療内容等①

- 直近1ヶ月間で訪問診療時に医師が実施した診療内容等では、「視聴打診・触診」「バイタル測定」「問診」「薬剤の処方」と回答した割合が多かった。
- 「『重症患者』を算定する者(※)」については、それ以外の患者に比べ、「患者・家族等への病状説明」「訪問看護ステーションに関する指示」「居宅介護支援事業所との連携」と回答した割合が多かった。

(※)重症患者を対象とした在総管・施設総管を算定する患者

直近1ヶ月間に医師が実施した診療内容等(複数回答)

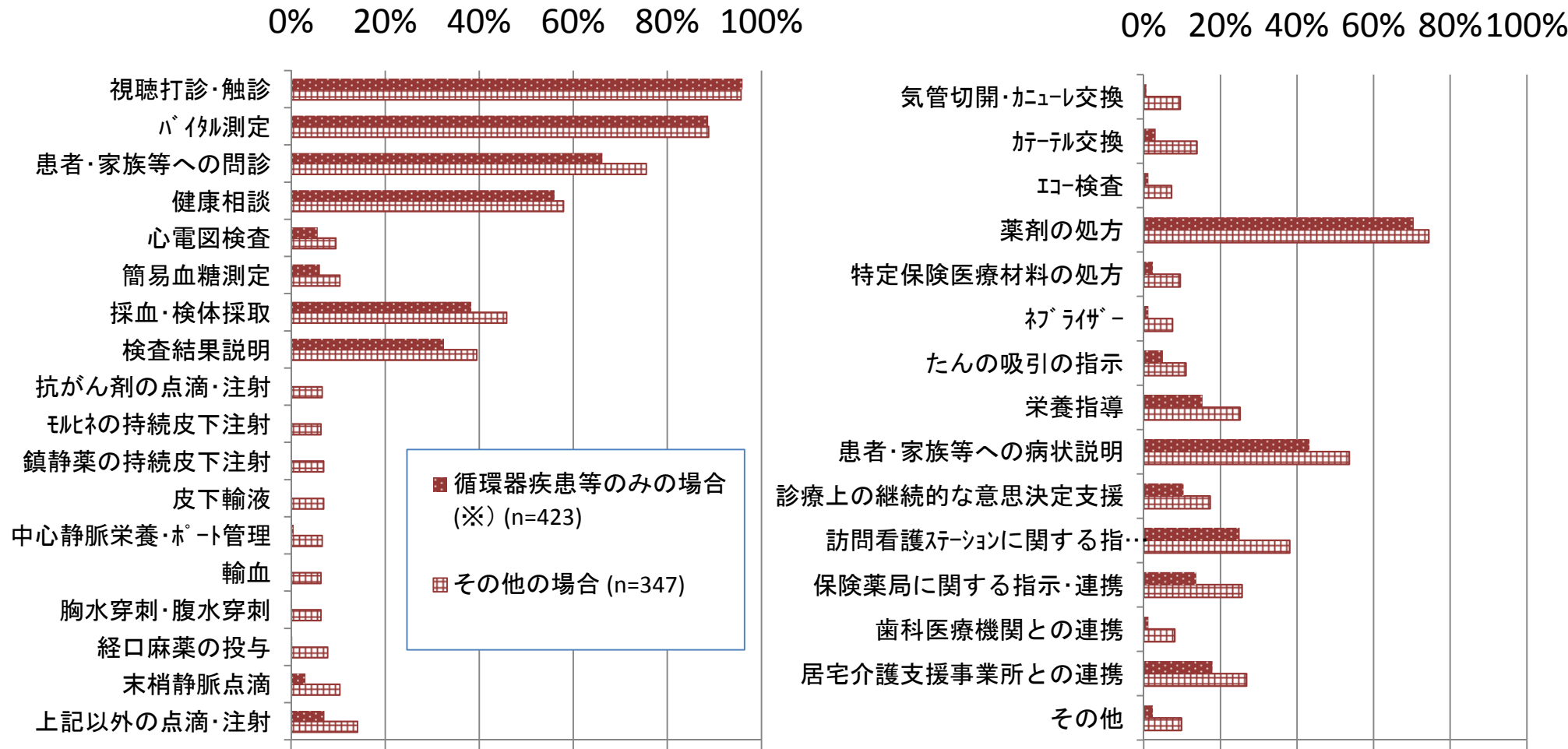


※結果は暫定版であり、今後変更があり得る。

訪問診療時に医師が行った診療内容等②

- 直近1ヶ月間で訪問診療時に医師が実施した診療内容等について、循環器疾患等のみを有する患者(※)は、それ以外の患者に比べ、点滴や注射、カテーテル交換などの医療処置に関する項目で、回答した割合が少なかった。

(※)訪問診療の対象疾患が「循環器疾患」「脳血管疾患」「認知症」「糖尿病」「骨折・筋骨格系疾患」のみの場合



※結果は暫定版であり、今後変更があり得る。

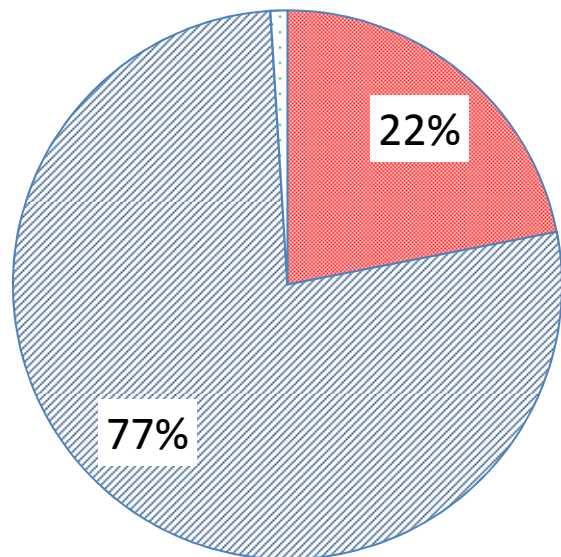
複数の患者がいる建物で同一日に訪問診療を行う人数①

- 複数の患者がいる建物で、同一日に訪問診療を行った人数をみると、一人のみに訪問診療を行っている割合は、平成28年では、約1割となっている。

＜複数の患者がいる建物で同一日に訪問診療を行う人数＞

平成26年調査 (n=718)

1%

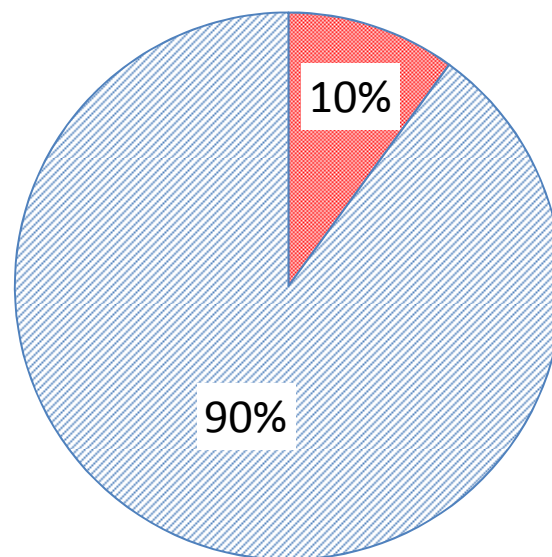


一人のみ診療

複数名診療

無回答

平成28年NDBデータ (n=407,231) (注)



出典：NDBデータ（平成28年5月分入院外レセプト）

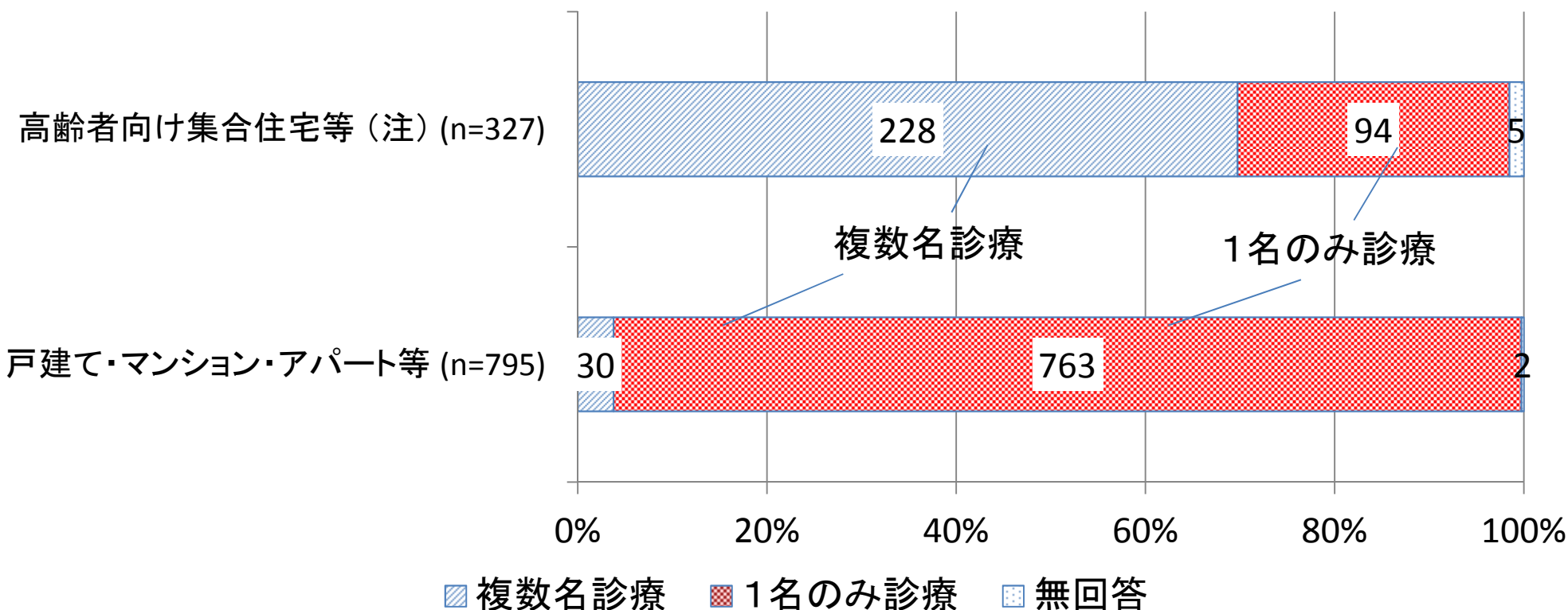
出典：平成26年検証部会調査（在宅医療；図表67）

注）施設総管を算定する患者の在宅患者訪問診療料の算定回数を集計

※平成27年中医協資料に平成28年調査を追加。

複数の患者がいる建物で同一日に訪問診療を行う人数②

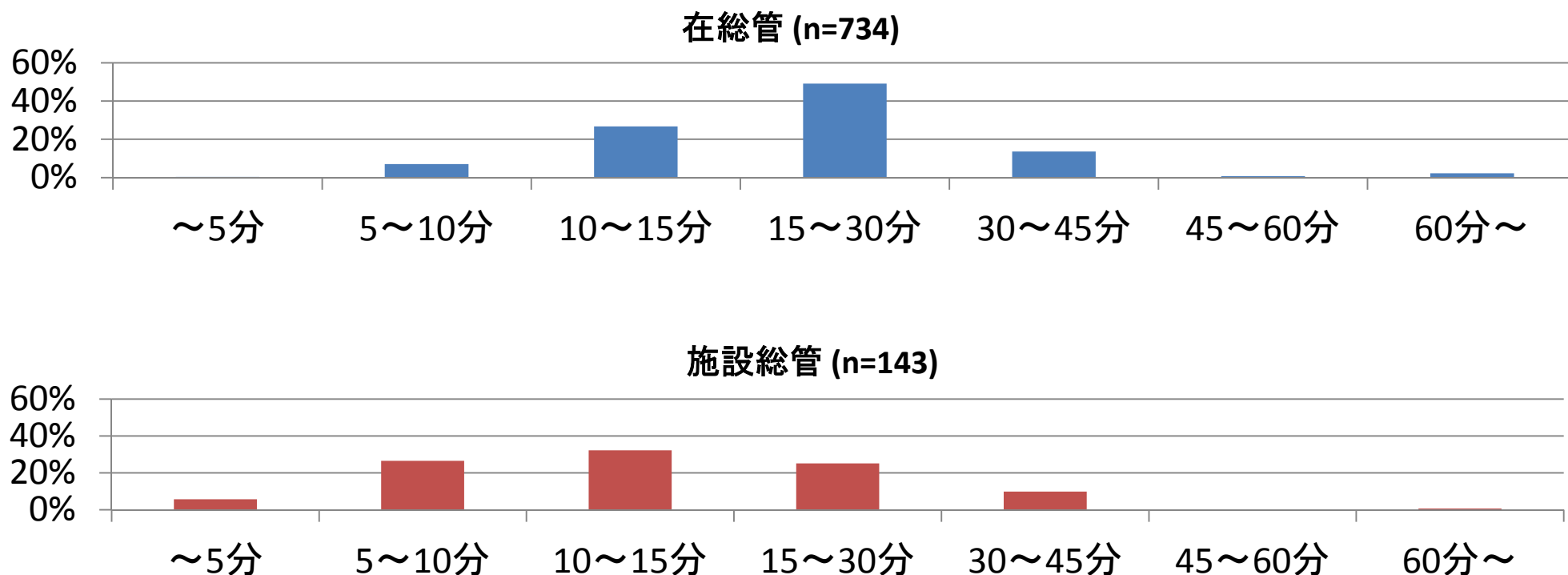
- 複数の患者がいる建物(高齢者向け集合住宅等)では、約7割程度の患者が、同一日の同一建物で複数の患者に対する訪問診療の一部として、訪問診療を受けていた。



注) 高齢者向け集合住宅等: サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、認知症グループホーム

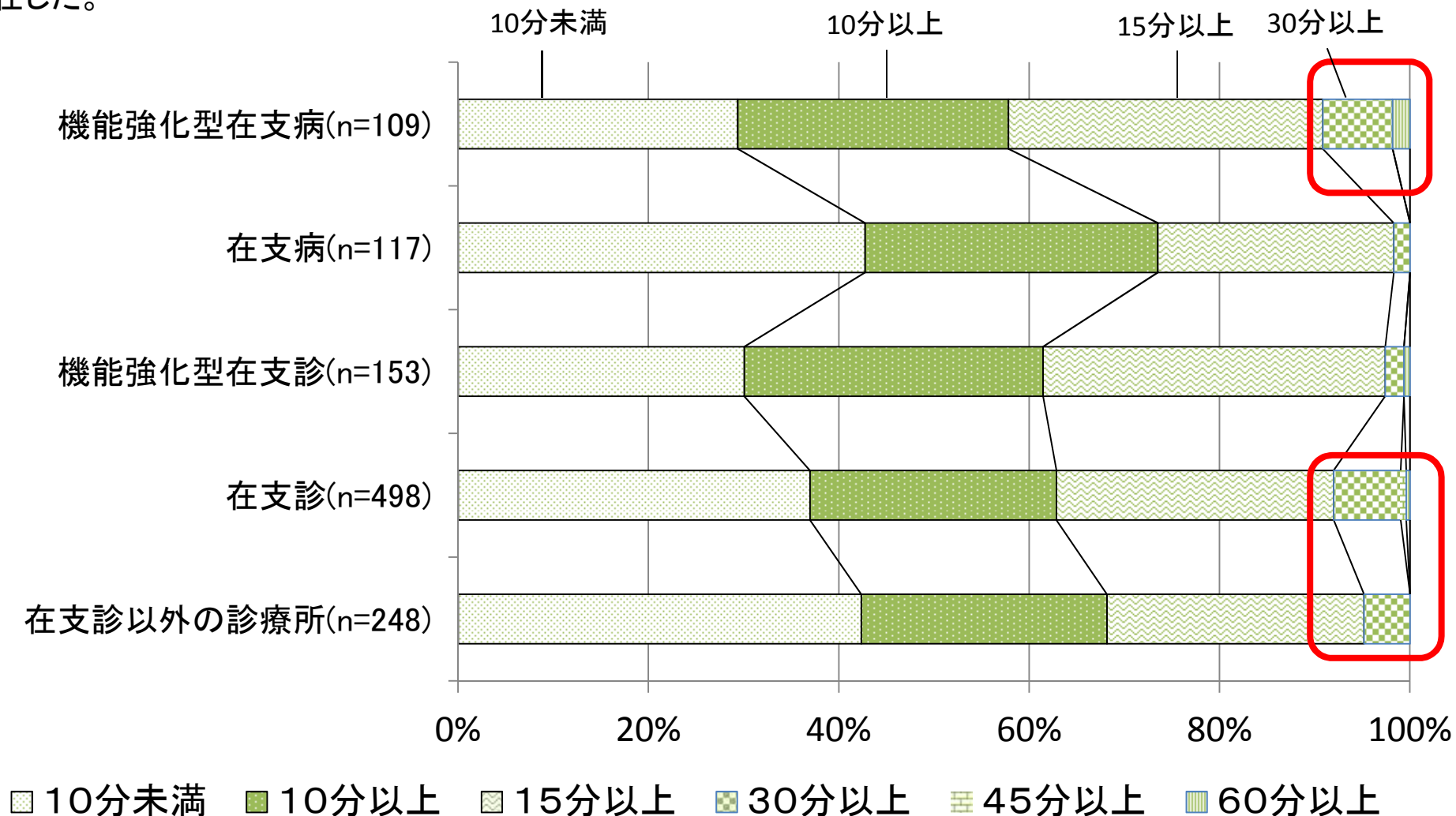
訪問診療における診療時間

- 在総管を算定している患者では、診療時間が「15～30分」の患者が多かった。
- 施設総管を算定している患者では、在総管を算定している患者に比べ、診療時間が「5～10分」「10～15分」の患者が占める割合が多かった。



患家への移動に要する時間

- 患家への移動に要する時間は大部分のケースで30分未満であったが、一部に移動に30分を超える患者も存在した。



本日の内容

1. 在宅医療に係るニーズの特徴
 - －人生の最終段階における医療に関する国民の意識
 - －人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン
2. 在宅医療（訪問診療）を担う医療機関
 - －医療機関の体制
 - －緊急時の対応
 - －診療科
 - －在宅患者の割合
3. 在宅医療を必要とする患者とその内容
 - －疾患、状態
 - －診療内容
 - －居住場所
4. 取組事例

第6次医療計画の指針「第3 構築の具体的な手順」

医療計画の見直し等に関する検討会
在宅医療及び医療・介護連携に関する
ワーキンググループ(平成28年8月3日)

○ 課題に応じた施策・事業を実施していくことが重要であり、そのためには、医療及び介護資源等の実情に応じた在宅医療に係る圏域を設定した上で、客観的な指標により把握した現状に対する原因分析を、圏域ごとに行う必要。

○ 現状把握に必要な指標は指針で例示しているが、圏域の設定や、現状に対する原因分析は、地域の独自の取組が必要。

第5次指針

第6次指針

1 情報の収集

1 現状の把握

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

2 圏域の設定

3 連携の検討及び計画への記載

3 連携の検討

4 数値目標及び評価

5 数値目標

6 施策

7 評価

8 公表

追加

追加

追加

在宅医療の体制構築に係る指針(抜粋)

2 圏域の設定

(1) 都道府県は、(中略) 退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。

(3) 圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、**医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わること**を勘案し、**従来の二次医療圏にこだわらず**、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、**市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定**する。

4 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療機関とその連携」を踏まえ、「1 現状の把握」で明確にした現状について、**指標により把握した数値となっている原因の分析を行い**、地域の在宅医療の体制の**課題を抽出**し、医療計画に記載する。

その際、(中略) **可能な限り医療圏ごとに課題を抽出**する。

5 数値目標

都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

6 施策

数値目標の達成には、**課題に応じた施策・事業を実施することが重要**である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

原因分析から施策立案へのアプローチ ～富山県の事例～ ①

4 課題の抽出

4 課題の抽出
都道府県は、「第2 医療機関とその連携」を踏まえ、「1 現状の把握」で明確にした現状について、**指標により把握した数値となっている原因の分析を行い**、地域の在宅医療の体制の**課題を抽出**し、医療計画に記載する。

原因分析（富山県在宅医療実施状況等調査）

<調査方法>

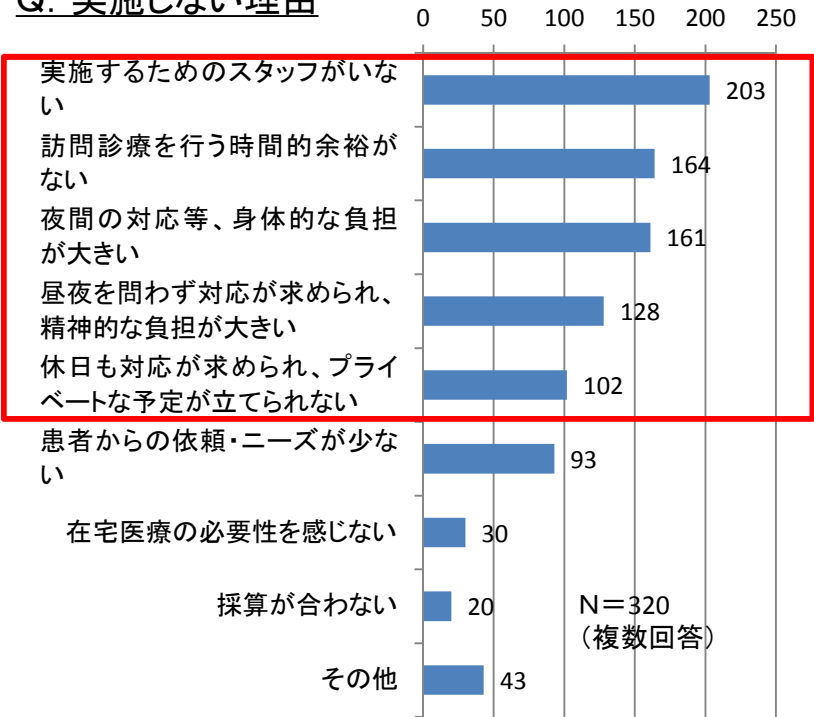
時期:平成24年度
対象:富山県内の医療機関(病院及び診療所)
方法:郵送による配布、回収

<回収結果>

調査対象機関数:734機関(病院108、診療所626)
回答数:619機関(病院90、診療所529)
有効回答数:84.3%

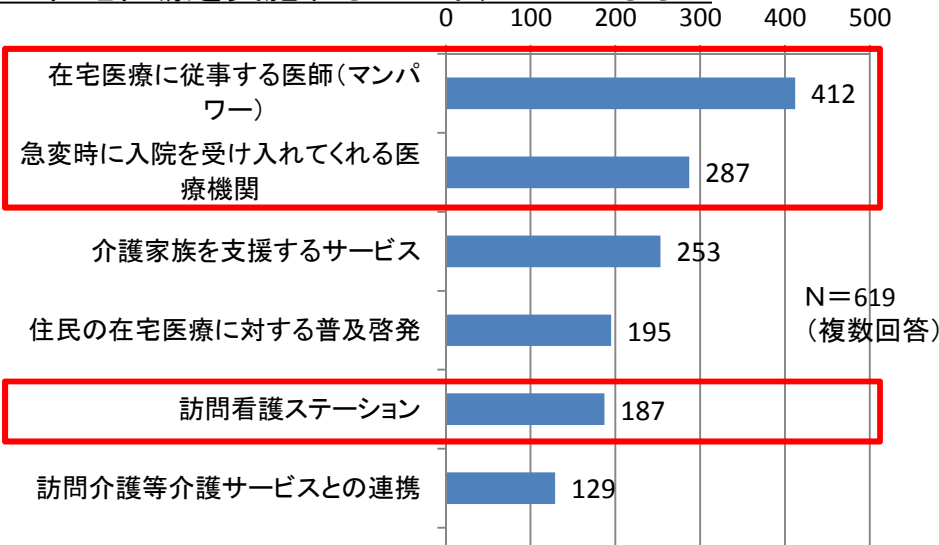
◆在宅医療を実施していない医療機関への調査

Q. 実施しない理由



◆全ての医療機関への調査

Q. 在宅医療を実施する上で不足しているもの



➡「人材不足、業務負担」が新規参入の最大の阻害要因であり、かつ現状の体制における最大の課題であることを確認

6 施策

6 施策

数値目標の達成には、**課題に応じた施策・事業を実施することが重要**である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

富山県の施策

1. 最大の課題である「人材不足、業務負担」の軽減に向け、現状の在宅医療体制に対する、3つのアプローチ

①グループ診療の推進による負担軽減

▶ 郡市医師会在宅医療支援センター支援事業

(H22年度から事業開始。H24の調査結果を踏まえ、全ての郡市医師会に支援センターを設置)

- ・在宅主治医のグループ化(主治医、副主治医制)
- ・多職種連携研修会 等

②後方支援体制の充実による負担軽減

▶ 富山県在宅医療支援体制促進モデル事業(H25年度)

- ・在宅患者の急変時に入院を受け入れる後方支援病床の確保

③訪問看護ステーションの機能強化

▶ 訪問看護師の量・質の向上に向けた取組

(H19年度から設備整備補助等の事業開始。H24の調査結果を踏まえ、潜在看護師の掘り起こし等事業を拡充)

- ・訪問看護ステーションの設備/ICT補助
- ・人件費の補助
- ・潜在看護師の掘り起こし 等

2. 上記のアプローチにより、新規参入の阻害要因を軽減した上で、さらなる参入促進、質向上のアプローチ

▶ 富山県在宅医療支援センター設置事業(H26年度～)

- ・同行訪問研修等の在宅医療実務者研修
- ・相談できる体制を提供するため、在宅医と新たに在宅医療に取り組む医師のマッチング 等

在宅医療（訪問診療）の課題（案）①

【課題】

1. 在宅医療に係るニーズ

- ・ 高齢化等により死亡数は増加傾向であり、近年は自宅等における死亡が微増傾向。
- ・ 国民の意識調査では、終末期の療養場所に関する希望として、自宅で最期まで療養したいとの回答は約1割であり、自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい、なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい等、回答は様々である。
- ・ 最期まで自宅での療養が困難な理由としては、介護してくれる家族の負担や急変時対応への不安が多い。

2. 在宅医療（訪問診療）担う医療機関

- ・ 在宅療養支援診療所（在支診）及び在宅療養支援病院（在支病）の数は増加傾向にあったが、近年は微減・横ばい。在支診以外に訪問診療や往診を行う一般診療所の数は多く、自院に通院していた患者等に対して在宅医療を提供している。
- ・ 在支診以外の診療所の職員配置は、在支診に比べて少ない。また、医師及び看護職員以外の職員の配置は少ない。
- ・ 診療所の医師の年齢は、50～60代の割合が、近年増加傾向。在支診を届け出していない理由は、24時間往診体制が困難との回答が最も多く、負担感が大きい。往診料のうち深夜・夜間加算を算定している割合は約8%と少ない。
- ・ 診療科別に在宅医療を行っている診療所をみると、内科、外科が多い。その他、泌尿器科、精神科なども行っており、診療科は多様である。
- ・ 在宅医療を行っている医療機関のうちの在宅患者の割合が95%以上の医療機関は、わずかに減少。
- ・ 医療機関での看取りの状況では、療養病棟入院基本料の死亡退院の割合は約35%となっている。緩和ケア病棟入院料を届出ている医療機関数は年々増加している。

在宅医療(訪問診療)の課題(案)②

3. 在宅医療を必要とする患者やその内容

- ・ 訪問診療を行っている患者の主な原因疾患をみると、循環器疾患、脳血管疾患、認知症、糖尿病といった疾患が多かった。また、複数の疾患を有する患者も一定程度おり、耳鼻科や眼科といった診療科の疾患に対する訪問診療も行われていた。
- ・ 在宅時医学総合管理料(在総管)又は施設入居時等医学総合管理料(施設総管)を算定する患者について、訪問診療時に医師が行った診療内容等をみると、「視聴打診・触診」「バイタル測定」「患者・家族等への問診」「薬剤の処方」の項目の割合が多かった。重症患者に係る管理料を算定している患者でみると、その他の患者に比べ、病状説明や、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所との連携に係る項目の割合が多かった。
- ・ 複数の患者がいる建物で、同一日の訪問診療を行う人数をみると、平成26年調査では、一人のみ診療の割合が約2割であったが、平成28年調査では、約1割となっている。
- ・ 診察時間は、在総管を算定している患者では、「15～30分」が最も多かった。

4. 取組事例

- ・ 救急応需体制等の確保のため、地域の医師会が中心となって在宅医療支援センターを設置し、在宅医療を行う主治医の連携を推進するとともに、後方病床の確保や、訪問看護ステーションの機能強化を行っている地域がある。



- 在宅医療におけるニーズの増加や、看取りを含めた課題の多様化を踏まえ、それぞれの地域において限られた医療資源も考慮した在宅医療を確保・推進するため、
 - ・ 在支診以外を含めたかかりつけ医による在宅医療提供体制
 - ・ かかりつけ医の夜間・時間外の負担軽減に資する、地域の医療機関の連携による救急応需体制
 - ・ かかりつけ医機能を補完するため、複数の診療科の医師が協働して行う訪問診療
 - ・ 患者の状態や診療内容、居住形態に応じた効果的・効率的なサービス提供に資する評価のあり方について、どのように考えるか。